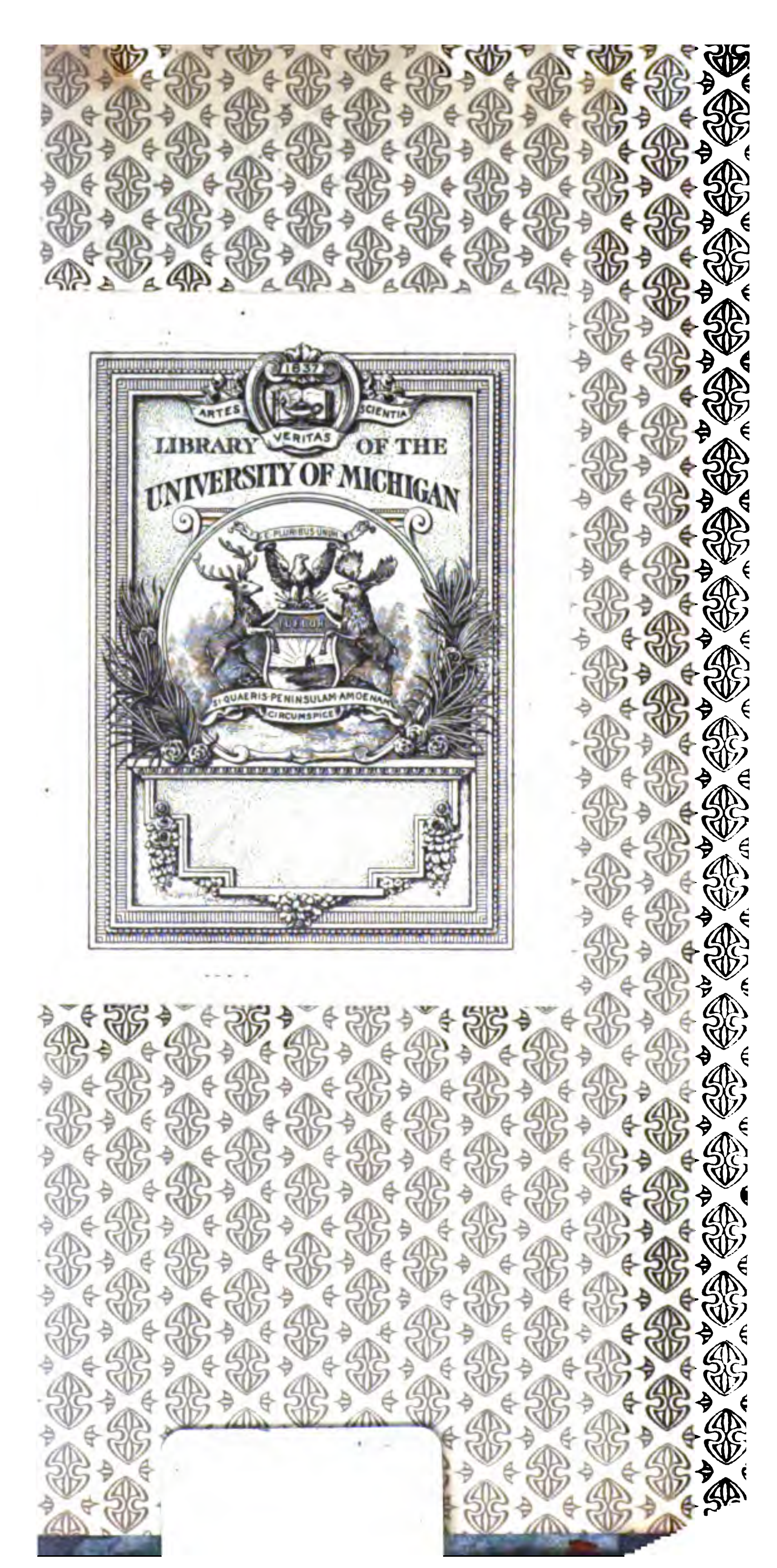
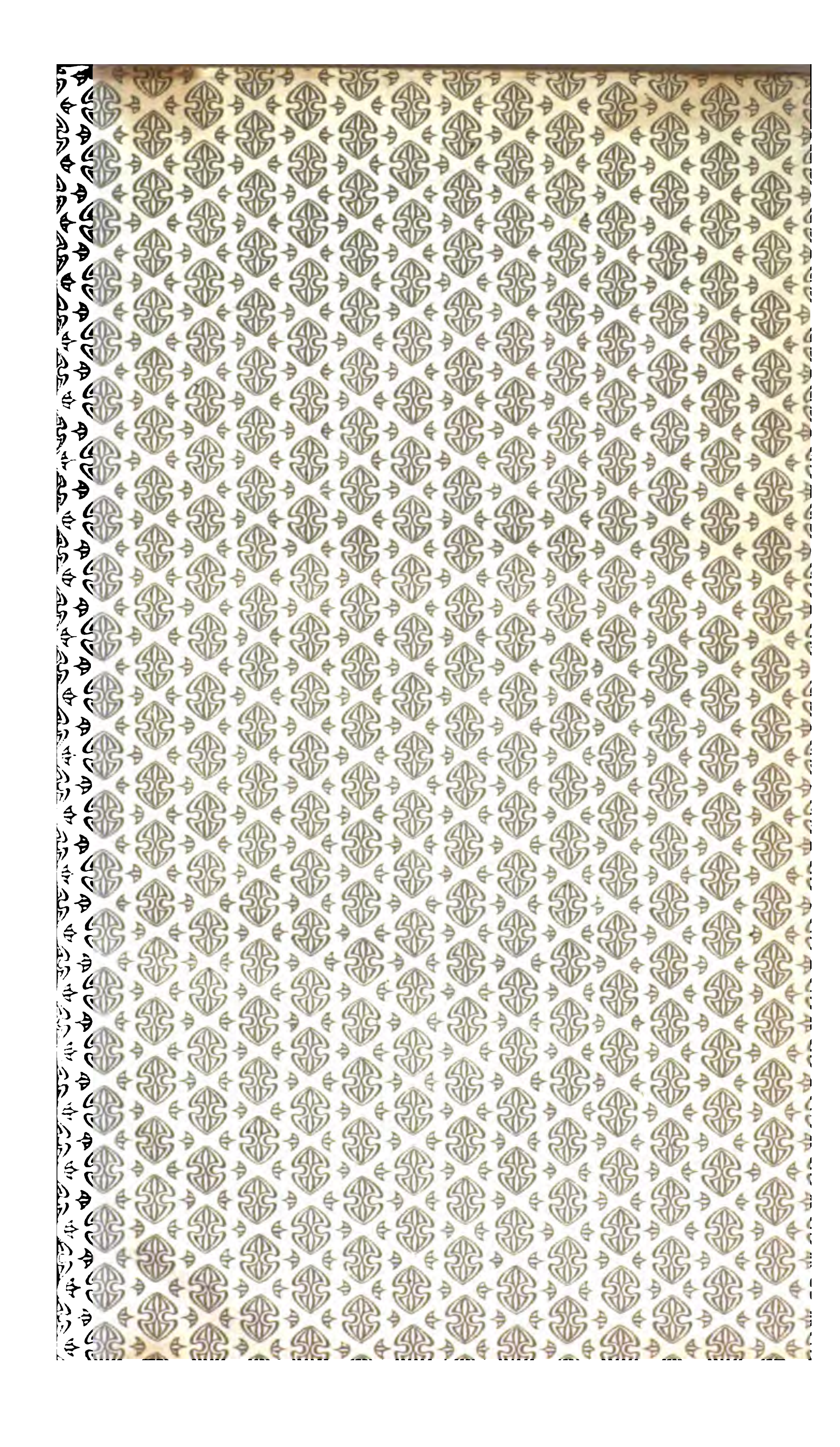
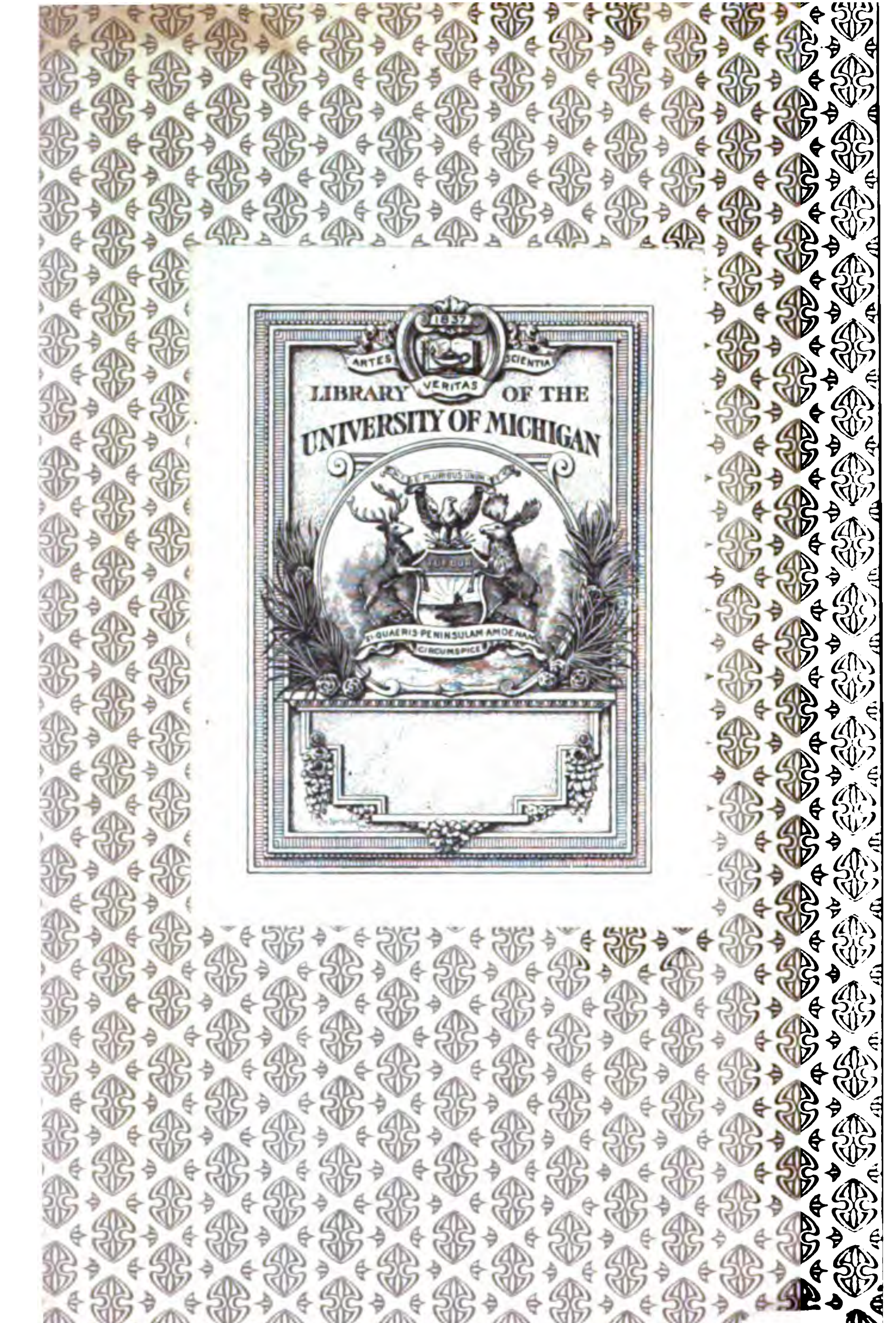
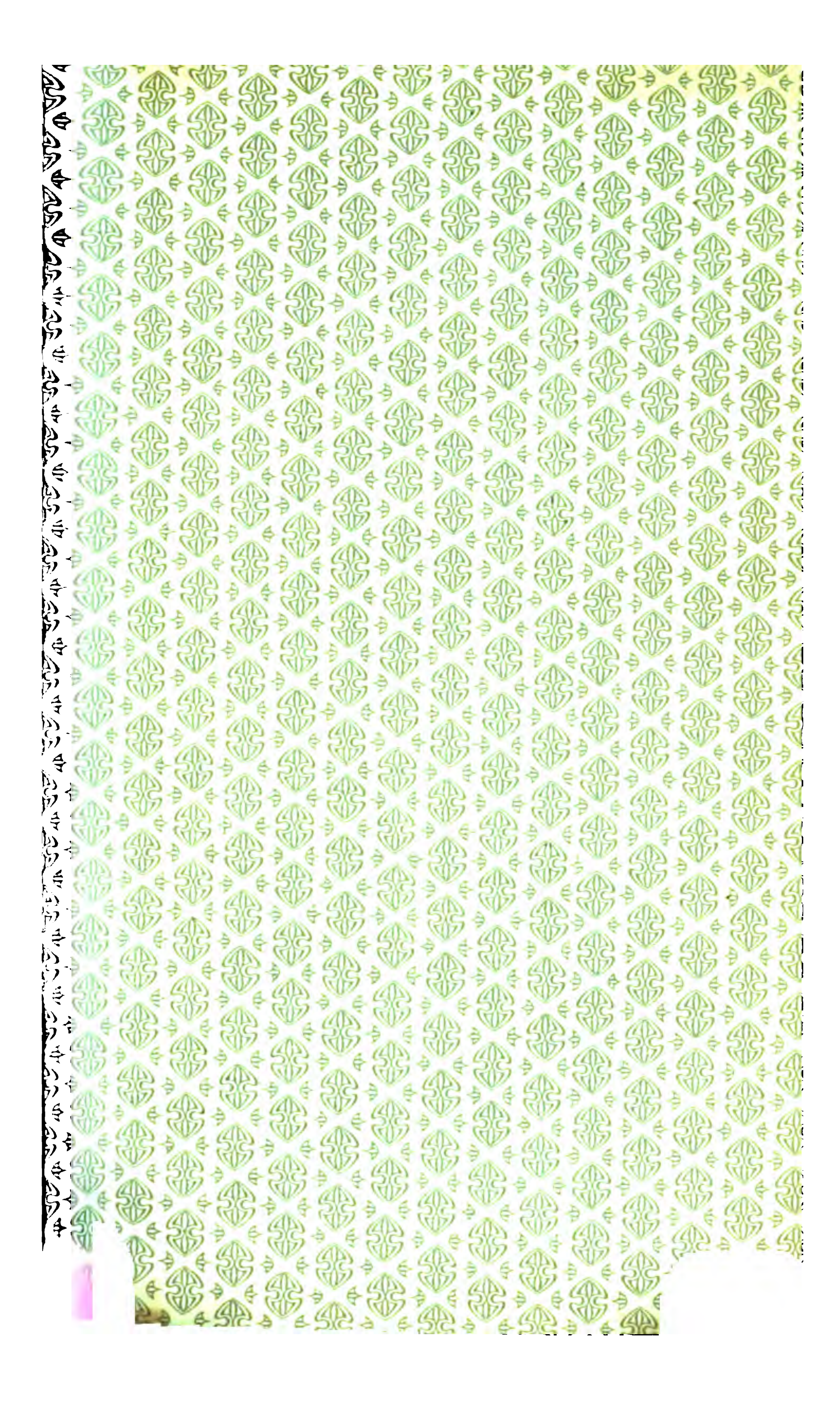

A 3 9015 00385 610 4
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE




1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXI

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris......................	18 francs.
Pour les départements...........	20 —
Pour l'Europe...................	22 —
Pour les États-Unis d'Amérique....	23 —
Pour les autres parties du monde.	25 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, 53, rue d'Hauteville, pour la partie gynécologique; à M. le Dr PINARD, 26, rue Cambon, pour la partie obstétricale; ou à M. H. LAUWEREYNS, éditeur (G. STEINHEIL, successeur), 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteurs

A. LEBLOND ET A. PINARD

TOME XXI

Contenant des travaux de MM.

AUVARD, DOLÉRIS, FABBRI, GALLARD, HERRGOTT (Alphonse), HOFMEIER, LAZAREWITCH, MASSALITINOFF, MAYOR, MÉGRAT, NEUGEBAUER, PAJOT, PETIT, PHELIPPEAUX, POZZI, SOKOLOFF, TARNIER, TRUZZI.

1884

(1er SEMESTRE)

PARIS

H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR

G. STEINHEIL, SUCCESSEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1884

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARNES (Fancourt), médecin de la Maternité de Londres.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine.
BOZEMAN, chirurgien en chef de Women's hospital de New-York.
BROUARDEL, prof. à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
CORDES (de Genève), prof. libre d'accouchem.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chir. en chef de la Charité de Lyon.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Charité.
DESORMEAUX, chirurgien des hôpitaux.
DEVILLIERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. St-Louis.
GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, chir. des hôp. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de l'hôpital Beaujon.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRIN (Alphonse), chirurgien des hôpitaux.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy.
HERRGOTT (Alphonse), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Nancy.
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
HUE (Jude), de Rouen.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, médecin de Saint-Lazare.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
LUTAUD, médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de *médecine de* Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PINARD, prof. agr. à la Fac. de méd. de Paris.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hôp. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TARNIER, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hôpitaux.
TAYLOR (Robert), de New-York.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), prof. à la Fac. de méd., membre de l'Ac de méd., chir. de l'hôp. Necker.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE

De M. le professeur PAJOT

RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN.

Messieurs,

Dans notre première réunion, vous avez entendu exposer le programme des réformes que je crois indispensables dans cette clinique, au double point de vue des *conditions sanitaires* et de l'*enseignement obstétrical*. Les accouchées et les élèves ont déjà bénéficié des modifications apportées dans le service et dans les moyens d'instruction. Qu'il me soit permis de rappeler, ici, mes conclusions.

« Le but que je m'efforcerai d'atteindre, ai-je dit, me paraît élevé, scientifique, et laissez-moi ajouter, patriotique. La France ne doit céder le pas à aucune nation étrangère. Paris a le droit et le devoir de réclamer hautement et fermement

l'une des premières places en obstétrique. Il faut que cet clinique soit classée dans les premiers rangs ; s'il en est d'au tres qui l'égalent, aucune ne la doit surpasser. J'y emploierai Messieurs, ce que j'ai pu acquérir d'expérience et ce qui m reste de forces. »

Nous abordons aujourd'hui les études cliniques :

Vous avez vu cette femme couchée au nº 1 de nos salles ; la face, chez elle, présente, à un haut degré, cet *air de famille*, expression qui est devenue classique et que je crois avoir employée le premier, il y a plus de trente ans, comme indice des rétrécissements du bassin.

Voici en quelques mots l'histoire de cette femme : Entrée à la Clinique pendant que mon ami, M. Pinard, me suppléait dans le service, son accouchement a été des plus accidentés.

Dans un bassin fortement rétréci, l'enfant s'est présenté par le siège. L'accouchement spontané étant impossible, on dut faire l'extraction artificielle et le dégagement du tronc fut extrêmement difficile; il fallut se livrer à des tractions considérables. Le cou de l'enfant n'y put résister, il se rompit et la tête demeura dans l'utérus. Exténué de fatigue et les deux mains paralysées refusant tout service, M. Pinard laissa quelques heures de repos à la malade afin d'en prendre lui-même, se proposant de revenir le lendemain matin pour achever l'extraction. Mais la nature lui réservait un de ces mécomptes qui déjouent, parfois, les calculs de l'accoucheur le plus instruit.

Sous l'influence des seules contractions utérines, l'expulsion de la tête eut lieu spontanément, quelques heures après son départ.

Représentez-vous, Messieurs, dans la clientèle, après une série de fatigues aussi excessives, après n'avoir pu, dans un cas semblable, extraire que le tronc, représentez-vous votre retour dans la famille, lorsque, le lendemain, vous revenez pour terminer l'accouchement. Quel ne serait pas votre embar-

ras quand, arrivant, le matin, avec les instruments nécessaires pour opérer l'extraction de cette tête, on vous dirait : mais monsieur, la tête est sortie toute seule, trois heures après votre départ.

Il est donc indispensable à l'accoucheur de toujours prévenir de la possibilité de cette terminaison, afin de ne pas être accusé à tort.

Ce genre d'accident est arrivé à plus d'un maître, mais il survient surtout entre les mains des ignorants et particulièrement des sages-femmes qui tirent à outrance sur le tronc de l'enfant dans des bassins bien conformés, en méconnaissant les préceptes sans lesquels on ne doit jamais faire usage de la force ; *direction nécessaire*, *continuité*, *prudente lenteur*, *dégagement méthodique des membres*, *flexion et rotation de la tête*, etc.

Il me revient, à ce sujet, l'histoire d'un fait analogue, mais qui n'avait pas pour explication un bassin rétréci et une extraction des plus difficiles. Il y a une vingtaine d'années, deux jeunes médecins se présentaient chez moi pour me prier de venir terminer un accouchement qu'ils avaient commencé. « L'accouchement à très bien marché d'abord, disaient-ils, nous avons le tronc, mais la tête est restée dans le corps de la femme, et c'est cette tête que nous désirerions que vous nous aidiez à extraire. » Le bassin était normal, le fœtus d'un volume ordinaire ! Ces jeunes accoucheurs avaient donc négligé les principes que je viens de rappeler.

N'oubliez pas ces faits, Messieurs, ils vous démontrent que si de pareils accidents peuvent arriver, dans des cas faciles, à des personnes inexpérimentées, ils peuvent aussi survenir entre les mains de praticiens fort habiles, ayant à surmonter les difficultés les plus grandes, en présence de bassins ou de fœtus anormaux.

Ce qu'il y a de remarquable encore dans le cas du n° 1, c'est que, malgré ce formidable accouchement, les suites de couches ont été des plus simples, preuve certaine que les manœuvres difficiles et prolongées, subies par la malade, n'avaient

entraîné, pour elle, aucune lésion grave. Une partie de ce résultat heureux peut être attribué aussi à l'emploi de la méthode antiseptique rigoureusement appliquée. Du reste, l'état sanitaire de nos salles est excellent et cet ensemble de conditions favorables explique bien comment cette femme à pu sortir en parfaite santé (1).

Vous vous souvenez, Messieurs, qu'avant son départ, je l'ai fait examiner par quelques-uns d'entre vous. A part sa petite stature, son facies caractéristique et la conformation des membres inférieurs, les renseignements pris sur son enfance ont été particulièrement intéressants. Quand vous lui avez demandé si elle savait à quel âge elle avait marché, elle vous a répondu, sans hésitation, qu'elle avait commencé à onze mois, et cette réponse était de nature à jeter, tout d'abord, un certain embarras dans votre esprit, elle se trouvait évidemment en contradiction formelle avec l'examen de la malade, les femmes conformées comme celle-ci ne commençant, en général, à marcher que fort tardivement; mais si, poursuivant votre examen, vous lui demandiez *si elle avait continué à marcher* pendant toute son enfance, elle vous apprenait qu'au bout de de quelques mois, elle avait dû garder le repos et ne se relever que pour marcher avec des béquilles pendant plusieurs années. Les choses se passent assez souvent ainsi dans le cas de rachitisme; il ne faut donc jamais oublier de demander des renseignements sur la première et sur la seconde enfance.

---

(1) Pendant le mois de décembre 1883. — Nombre des accouchements : 81. — Rétrécissements du bassin : 4. — Accouchements provoqués : 2 (enfants vivants). — Extractions artificielles par version, crochets, céphalotripsie : 5. — Accouchements gémellaires, version pour le second fœtus : 1 (enfant vivant). — Version par manœuvres externes (avec succès) : 2. — Femme apportée de la ville avec déchirure du vagin, de l'utérus (par manœuvres); rétrécissement du bassin, présentation du tronc, placenta prævia ; version, céphalotripsie (tête dernière). Opération de gynécologie : 1. — Enfants mort-nés, syphilis, céphalotripsies, avant terme : 7.

Total. — Morts. { femmes : 0
enfants : 7

Cette femme vous a encore appris qu'elle n'en était pas à sa première grossesse. En 1879, elle se présenta pour accoucher dans un hôpital de Lyon, et l'on fut obligé de pratiquer la céphalotripsie. Entrée à la Clinique dans sa seconde grossesse, M. Pinard provoqua l'accouchement, à huit mois, par l'excitateur de M. Tarnier. L'enfant pesait 2,200 grammes. Opérée à huit heures du soir, elle expulsait spontanément, à onze heures, la tête de l'enfant restée dans l'utérus.

Son bassin mesure environ 7 centimètres.

Au n° 34, vous avez vu une autre femme chez laquelle j'ai provoqué aussi l'accouchement prématuré pour un rétrécissement du bassin dans des conditions plus favorables que la précédente.

Cette femme eut un premier accouchement en 1879, un deuxième en 1880; dans ces deux accouchements on dût employer le forceps et, dans les deux cas, l'enfant vint mort.

Dans une troisième grossesse, mon prédécesseur provoqua le travail avant terme, et l'enfant vint vivant. Enfin, la femme, enceinte pour la quatrième fois, est venue, vers la fin du huitième mois, à cette Clinique, et quelques jours après son arrivée, à la suite d'un examen attentif, je crus devoir recourir également à la provocation du travail. Malgré ses prières pour qu'on lui fît une application de forceps, les contractions étant bonnes, énergiques, soutenues, la tête s'engageant dans le bassin et la dilatation bien complète, je refusai d'intervenir, et cette fois encore nous avons eu un enfant vivant et vivace.

Il existe, pour la provocation du travail, un grand nombre de moyens très divers.

Pendant mes onze années d'enseignement libre, et dans les cours que je fis pendant près de trente ans à la Faculté, comme agrégé ou comme professeur, j'ai eu l'habitude de ranger tous ces moyens en *trois* méthodes. Cette division a été assez généralement adoptée.

La première est la méthode par *ponction*.

La seconde, la méthode par *dilatation*.

La troisième, la méthode par *excitation*.

Enfin, on pourrait en adjoindre une quatrième sous le nom de méthode *mixte*.

Chacune de ces méthodes comprend un plus ou moins grand nombre de procédés.

Nous ne parlerons aujourd'hui que des deux premières, l'étude des deux autres nous entraînerait trop loin et nous avons à vous rappeler un accouchement, à coup sûr le plus intéressant de ceux dont je veux vous entretenir dans cette leçon.

La méthode par *ponction* ne comprend que deux procédés. C'est une mauvaise méthode. Ou bien, on ponctionne l'œuf à sa partie inférieure, manœuvre facile, mais qui va directement contre le but qu'on se propose, puisque la provocation de l'accouchement prématuré fait espérer, comme résultat, la naissance d'un enfant vivant, tandis que la *ponction* à la partie inférieure de l'œuf, amenant l'écoulement du liquide amniotique avant le commencement du travail, expose gravement la vie du fœtus qui subit directement, alors, la contraction utérine pendant un temps considérable. Ou bien, on emploie le procédé de Meissner qui consiste à ponctionner l'œuf, non plus à sa partie inférieure, mais sur le point le plus élevé possible, en faisant pénétrer entre la matrice et les membranes une sonde à dard recourbée.

Par ce procédé, il est vrai, la totalité du liquide amniotique ne s'écoule point, il reste dans l'œuf une partie de celui qui se trouve au-dessous du point ponctionné. La vie du fœtus serait donc moins exposée, puisqu'il lui resterait encore une certaine quantité de son liquide protecteur. Néanmoins, ce procédé n'est guère meilleur que le premier; d'abord, parce qu'on déchire souvent les membrannes plus tôt qu'on ne le voudrait, ensuite parce que, si l'on parvient à pousser la sonde très loin, on peut arriver sur le placenta.

La deuxième méthode est celle qui agit surtout par *dilata-*

tion. Ses procédés consistent dans les dilatateurs mécaniques dont, à mon sens, le meilleur n'est pas bon ; puis, dans l'application de l'*éponge préparée à la ficelle* qui me paraît un des meilleurs de tous les dilatateurs. On pourrait ajouter même qu'il appartient, en partie, à la méthode par *excitation*, puisque l'éponge, en se gonflant lentement, force le col à s'ouvrir, en même temps que, comme corps étranger, elle sollicite l'action utérine. Le seul reproche qu'on puisse lui faire, c'est qu'en s'imprégnant des produits de sécrétion qui s'y altèrent, l'éponge contracte une mauvaise odeur au bout d'un jour ou deux ; mais alors, son action étant épuisée, on remédie à cet inconvénient en la retirant et en la remplaçant par une autre plus volumineuse, après avoir usé largement des injections antiseptiques. Sans repousser d'autres procédés de la méthode d'*excitation* qui ont certainement une grande valeur, l'*éponge préparée* est un des moyens auxquels je donne la préférence. C'est celui dont nous nous sommes servis pour la femme du n° 34.

Le mode d'emploi est simple.

Après avoir taillé en cône une de ces éponges, on en traverse la base avec deux fils solides, en croix, et reliés entre eux ; on introduit un spéculum, l'éponge est plongée dans la solution de sublimé, au millième, on l'enduit alors de cérat phéniqué, puis elle est introduite dans le col à l'aide d'une pince à tamponnement et poussée doucement aussi loin que possible; l'opérateur maintenant l'éponge en place avec la pince, on fait placer, par un aide, une seconde éponge fine ordinaire, du volume d'un gros œuf, au fond du spéculum, et quand cette seconde éponge est arrivée sur le col, l'aide l'y maintient avec une seconde pince, pendant que l'opérateur retire doucement celle qui lui avait servi à l'introduction de l'éponge préparée. Par cette manœuvre, la deuxième éponge maintient solidement la première dans le col.

Sans cette précaution, l'utérus repousserait l'éponge préparée avant qu'elle ait eu le temps de se développer au dessus

et au-dessous des orifices, comme un double bouton de chemise.

Il faut, en général, de vingt-quatre à soixante-douze heures pour que le travail commence; quelquefois, cependant, l'utérus demeure comme torpide et, bien que le col soit déjà dilaté, les contractions restent faibles. L'éponge a bien rempli son rôle de dilatateur, mais, chez quelques femmes, l'excitation qu'elle produit est insuffisante. L'expérience vous apprendra, Messieurs, qu'il en est de l'utérus comme de celles qui le portent. Il y a là des variétés d'irritabilité innombrables. Mme La Chapelle disait « que certains utérus entraient en contraction par la seule odeur d'une chandelle mal éteinte. » Par contre on voit des utérus rester inertes à la suite de secousses épouvantables. On a cité l'exemple de femmes qui, pendant leur grossesse, se sont jetées d'un pont de Paris dans la Seine, du haut d'un escalier dans une cave. La première a été sauvée et est parvenue à terme; la seconde s'est fracturée les membres, a fini par en mourir, et n'a point avorté !. Chez quelques femmes, l'éponge préparée amène le travail au bout de vingt-quatre heures, et, chez d'autres, il n'est pas encore en marche au bout de trois à quatre jours.

Pour le n° 34, nous avons introduit l'éponge le matin à la visite ; le lendemain il n'y avait pas de contractions, l'éponge fut changée, resta deux jours en place et amena quelques douleurs faibles. M. le chef de clinique introduisit alors une bougie dans l'utérus et le travail commença peu après. Les contractions continuèrent toute la nuit et le lendemain matin; avant la visite, j'examinai cette femme à la salle d'accouchements : l'orifice était dilaté, la tête s'engageait, les contractions étaient énergiques, régulières, et, malgré les sollicitations de la malade, je vous l'ai dit, Messieurs, je me refusai à l'application du forceps.

D'une manière générale, en effet, quand les contractions se comportent bien, et tant qu'elles ne deviennent ni faibles, ni très espacées, tant que l'état général de la femme et de l'enfant

ne périclite pas, cette règle ne souffre point d'exception. *Il ne faut pas intervenir*. C'est dans cet ensemble de conditions que la boutade de Boyer se trouve vraie : En accouchement, disait-il, il ne faut que de la patience, encore de la patience et du beurre, il voulait dire du cérat. Il est vrai que, comme Nélaton, il avouait ne pas savoir les accouchements.

C'est aussi dans des conditions semblables que j'assistai une jeune femme américaine, auprès de laquelle je restai *soixante-quatorze heures*, en refusant d'intervenir, et je n'en eus pas moins un enfant très vivant et une femme bien portante, ce qu'ayant vu, un médecin étranger, ami de la famille, qui avait suivi la marche du travail, me dit : « *Je ne croyais pas, Monsieur, qu'il fût aussi difficile de savoir ne rien faire.* »

C'est, qu'en effet, il n'est pas toujours aisé, surtout quand on est jeune, de résister aux sollicitations de l'entourage et aux supplications de la femme elle-même. C'est dans le sentiment du devoir qu'on en puise la force; mais lorsque les contractions viennent à s'amoindrir, à s'éloigner, quand la femme, au lieu de ces efforts puissants et prolongés qu'il est si utile de bien connaître, parce qu'ils caractérisent la dernière période de l'accouchement, ces efforts que l'accoucheur expérimenté *sent* être efficaces, quand, au lieu de ces efforts, disons-nous, la femme en est arrivée à pousser par petites saccades aussi courtes qu'inutiles, l'observateur attentif y *sent*, au contraire, à la fois l'impuissance de la nature et de la volonté; Messieurs, c'est alors qu'il faut prendre son parti virilement et intervenir comme il convient.

Dans le cas actuel, le travail marchant énergiquement, nous donnâmes la consigne expresse de ne pas toucher à la malade, tant que les contractions se maintiendraient dans l'état où nous les avions observées.

Le succès fut complet. Cette femme, de 34 ans, accoucha spontanément d'un enfant qui pesait 2,980 grammes, à huit mois passés de grossesse. L'état puerpéral s'est maintenu excellent, le pouls et la température ne laissent rien à désirer. Elle sortira dans quelques jours.

La troisième femme qui nous a encore présenté un rétrécissement du bassin est couchée au n° 16. Cette malade nous a été adressée de la ville où l'on avait essayé, en vain, de l'accoucher. « Pendant deux heures passées, nous dit-elle, un médecin et une sage-femme m'ont *travaillée.* » Toutes leurs tentatives sont restées sans résultat. L'examen des parties génitales nous les montre très tuméfiées, ecchymosées et noirâtres, leur aspect témoigne, en effet, de manœuvres répétées. Le toucher, pratiqué avec beaucoup de douceur, à cause de l'état douloureux des parties, fait reconnaître une présentation du siège, contrôlée par les résultats du palper, qui nous permet de constater la présence de la tête dans la région supérieure de l'utérus. Je cherche vainement les bruits du cœur fœtal que l'aide sage-femme croit avoir entendus à l'arrivée de la malade. L'indicateur atteint assez facilement la face antérieure du sacrum de la femme, mais il est impossible d'arriver à l'angle sacro-vertébral, la fesse et la hanche droite du fœtus ayant pénétré dans le détroit supérieur. Le diamètre antéro-postérieur du bassin ne paraît pas avoir plus de 8 centimètres. Une mensuration précise était impossible, en ce moment, à cause de l'engagement de la fesse, mais les difficultés que nous devions rencontrer nous ont porté à croire que les dimensions indiquées étaient au-dessus de la réalité. Les contractions étaient nulles, l'utérus, fortement contracturé, enserrait vigoureusement le fœtus.

L'indication était précise, il fallait tenter l'extraction.

Dans les difficultés de ce genre, mon prédécesseur avait coutume d'ajouter à ses propres tractions celles d'un et même de deux aides; je repousse absolument cette méthode; j'ai toujours enseigné, à la Faculté, que l'accoucheur, épuisé par des tractions soutenues et prolongées, pouvait, sans inconvénients, se faire suppléer par un aide, continuant des efforts de même nature. Il faut remarquer que deux ou trois personnes, qui se livrent *en même temps* à des tractions vigoureuses, *doublent* ou *triplent* la force employée d'abord et, qu'au contraire, deux hommes exerçant des tractions, *l'un après l'autre*, ne font que conti-

nuer une force, à peu près la même, conditions qui, pour l'enfant, quand il vit, et pour la mère, sont absolument différentes. *Contenue et continue*, avais-je coutume de dire, telle doit être la force en obstétrique. Avec cette forme de la force, les parties fœtales se moulent peu à peu sur le canal qu'elles doivent parcourir, elles s'*accommodent*, par ces tensions prolongées, à la figure et aux dimensions du bassin, tandis que les tractions fatalement brusques, par échappées, de deux aides à la fois, ne peuvent être que nuisibles aux parties maternelles et dangereuses pour l'enfant vivant.

Dans le cas du n° 16, le fœtus était mort, nous n'avions point à nous en préoccuper. La femme fut chloroformée. La main droite introduite dans les parties, l'indicateur et le médius, recourbés en crochet, commencèrent à exercer des tractions sur l'aine du fœtus placée du côté gauche de la femme ; ces tractions, d'abord modérées, devinrent de plus en plus vigoureuses, sans amener de résultat constatable. Je fis alors deux applications successives de céphalotribe sur cette extrémité pelvienne, que je ne pouvais engager, non pas dans l'espérance vaine d'effectuer l'extraction avec l'instrument, mais dans le but de diminuer un peu le volume des parties fœtales et de pouvoir ensuite parvenir à les engager avec les doigts ou le crochet mousse. Le céphalotribe retiré, je priai M. Doléris, chef de clinique, de me suppléer un moment, car mes doigts, paralysés, refusaient le service; je fis demander un crochet mousse qu'il plaça dans l'aine accessible, et, par des tractions prolongées, il obtint un certain degré d'engagement du siège, puis, fatigué lui-même, il me repassa le crochet et, grâce à deux doigts de ma main gauche qui parvinrent à accrocher l'aine du côté opposé, je pus, avec d'énormes difficultés, dégager les deux membres inférieurs et le tronc jusqu'au-dessus de l'ombilic. Je priai alors M. le chef de clinique d'extraire le reste du tronc jusqu'aux aisselles; cette extraction exigea de tels efforts, que le thorax n'avança au dehors que millimètre par millimètre. Mon aide, couvert de sueur, épuisé à son tour, me

remit la fin de l'extraction. Vous vous le rappelez, Messieurs, je vous annonçai qu'il était probable que nous allions nous trouver en face d'obstacles bien autrement grands encore que tous ceux qui avaient été surmontés jusque-là.

Le dégagement des bras se fit classiquement, en commençant par le postérieur, et, à l'étonnement général, cette manœuvre s'acheva assez facilement. Restait la tête. Les appréhensions dont je vous fis part sur l'impossibilité où nous serions, peut-être, de la dégager sans le céphalotribe ne se réalisèrent point. Il est, en accouchement, de ces surprises.

Par la précaution que j'avais eue de recommander à deux élèves de placer, de chaque côté, une main largement étendue au-dessus du pubis, pour prévenir la déflexion, je parvins très-facilement, avec deux doigts de la main gauche, à accrocher le maxillaire inférieur; des tractions fort modérées achevèrent de fléchir et d'engager l'extrémité céphalique; sentant la face tourner du côté droit du bassin, je me gardai bien de m'opposer à ce mouvement, et, quelques secondes après, je parvenais à exécuter la rotation et le dégagement de la tête (dos sur ventre), sans difficulté sérieuse.

La vulve était intacte.

La délivrance n'offrit rien de particulier. Une injection de la solution au millième fut faite dans les parties, l'opération avait demandé près d'une heure, la femme était restée sous l'influence du chloroforme pendant toute sa durée.

L'enfant pesait 3,150.

Grâce à la méthode antiseptique, les suites de couches ont été des plus normales. Sauf quelques légères excoriations du vagin, aujourd'hui à peu près guéries, le pouls et la température sont restés physiologiques. L'accouchée va sortir dans quelques jours (1).

En résumé, Messieurs, vous avez vu trois accouchements

(1) Cette femme est sortie de la Clinique, quinze jours après cet accouchement, dans un état parfait de santé.

dans des bassins rétrécis. Deux ont présenté des difficultés de premier ordre. Tous les trois se sont heureusement terminés pour la mère. C'est ma conviction profonde, à moi, qui ai suivi dix-huit ans l'ancienne clinique sous l'habile direction de P. Dubois et qui ai eu l'honneur de suppléer ce maître éminent pendant près de trois années, c'est ma conviction, dis-je, que dans l'ancien hôpital et avec les moyens dont nous disposions alors, de ces trois femmes, une, au moins, et deux, peut-être, eussent certainement succombé.

Vous pouvez commencer à juger aujourd'hui, après avoir été témoins des faits qui viennent d'être exposés, les améliorations apportées déjà dans le service d'accouchements.

ÉLYTRORRHAPHIE MÉDIANE
OU
ELYTROCLEISIS PARTIALIS MEDIANA DU Dr NEUGEBAUER
COMME MOYEN DE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DU PROLAPSUS UTÉRIN COMPLET.

Par le Dr A. Sokoloff.

Travail de la clinique gynécologique du professeur SLAVJANSKY, membre de l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg.

En 1823, un médecin français, R. Gérardin, (de Metz, employa pour le traitement du prolapsus de l'utérus le procédé de la suture médiane des parois antérieure et postérieure du vagin, au niveau de son orifice, après les avoir préalablement avivées, tâchant de cette manière de diviser l'orifice vaginal en deux conduits séparés, qui ne permettaient plus à la matrice de sortir au dehors.

C'est en Russie que le professeur agrégé à l'Université de Varsovie, le Dr Neugebauer (1), reconnaissant en général l'ef-

(1) Comptes rendus des opérations gyniatriques faites par Neügebaüer,

ficacité du procédé de Gérardin, s'est proposé de le mettre en pratique à la première occasion, en n'y changeant que ce qui lui paraissait nécessaire au point de vue pratique. Pour atteindre le but indiqué, Neugebauer fait l'avivement des parois antérieure et postérieure du vagin, en un endroit situé bien au-dessus de l'orifice, de manière que le bord inférieur de l'avivement se trouve à 2 cent. 1/2 plus haut; aussi conseille-t-il de donner aux surfaces avivées une longueur de 4 cent. 1/2 et une largeur de 2 cent. 1/2. Quant aux surfaces avivées, il ne les fait pas précisément sur la ligne médiane des parois vaginales; il s'en écarte un peu de l'un ou de l'autre côté, en les opposant entièrement l'une à l'autre; puis il les réunit au moyen de fil de cuivre d'argent par des sutures à nœuds. Neugebauer laisse une longueur de 7 cent. aux bouts de fils et les enveloppe dans des boules de cire. Il ôte les sutures au bout de sept à seize jours.

Neugebauer employa ce procédé pour la première fois en 1867 et appela cette opération la suture médiane ou la suture médiane partielle des parois vaginales (elytrorrhaphia mediana sive elytrocleisis partialis mediana).

Encouragé par de bons résultats, Neugebauer fit cette opération jusqu'en 1880 sur 11 malades; dans 10 cas, le succès de l'opération fut complet.

Dix ans après que Neugebauer avait publié son traitement opératoire, le professeur Jean Le Fort (1) a fait connaître un traitement du prolapsus de la matrice, d'après le procédé qu'il appela « cloisonnement du vagin ». Le procédé de Le Fort

---

à l'hôpital du Saint-Esprit, à Varsovie, insérées dans « *Pamietnik Tawarzystwa lekarskiego Warszawskiego* », 1868, 1870, 1871, 1872 et 1873. L'article de Neugebauer, sous le titre : « *Pośrodkowe zszycie pochwy* (*elytrorrhaphia mediana sive elytrocleisis partialis mediana*) *jako nowy sposób leczenia wypadnięcia macicy.* » *Pamiętnik Tow. lek. Warsz.*, t. LXXVI, 1880, p. 289-316. 547-572. *Centralblatt für Gynäkologie*, nos 1, 2, 1881.

(1) *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. III, 1877.

Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale, t. LXXXII, 1877.

diffère peu de celui de Neugebauer : toute la différence consiste en ce que Le Fort pratique l'avivement des parois vaginales dans une étendue un peu plus longue et un peu moins large, et qu'il avive la muqueuse vaginale sans réduction préalable de la matrice, qui se redresse par degrés dans la cavité du petit bassin, à mesure que les sutures sont appliquées. Le Fort n'enlève pas les sutures ; il les laisse se détacher spontanément.

Le nombre des opérations faites d'après le procédé Le Fort, et publiées ensuite jusqu'au mois de juillet 1882, s'élève à 15 (1), — 12 en France et 3 en Amérique; — 12 ont donné de bons résultats, tandis que 3 n'ont pas réussi.

Les cas qui n'ont pas réussi proviennent l'un de Le Fort et deux de Eustache qui, en s'appuyant sur cette expérience, a proposé quelque changement dans le procédé du cloisonnement du vagin ; il conseille de faire la surface de l'avivement plus large, de 4 à 6 cent., en fixant la longueur de 5 à 6 cent., et d'employer pour les sutures le catgut; en opérant de cette manière, Eustache eut dans 5 cas un succès complet.

On ne connaît que 32 cas de cette opération : elytrorrhaphia mediana Neugebaueri, — cloisonnement du vagin de Le Fort.

Depuis la fin de l'an 1877 jusqu'en décembre 1882, c'est-à-dire pendant cinq ans, plusieurs de ces opérations ont été pratiquées à la clinique gynécologique de M. le professeur Slavjansky, à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg.

L'opération a été modifiée, dans quelques détails, par le professeur Slavjansky, de la manière suivante :

---

(1) *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. III, 1877.

Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale, t. LXXXII, 1877.

Annales de gynécologie, juillet 1882.

Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris. t. V, 1879.

Annales de gynécologie, t. XIII. 1880.

The American Journal of obstetrics, vol. XIV, 1881.

Archives de tocologie, septembre 1882.

1° L'opération a été faite sans l'emploi du chloroforme, ni de l'anesthésie locale; cela est important au point de vue pratique, en ce que cette manière de procéder permet de se passer d'un assistant; en outre, les personnes qui subissent cette opération sont délivrées des suites désagréables de la chloroformisation, telles que vomissements après la narcose et l'irritation des parties après l'anesthésie locale, circonstances fâcheuses qui peuvent avoir de l'influence sur l'union consécutive des surfaces suturées; aussi faut-il remarquer que la narcose dans ce cas est tout à fait inutile, à cause de l'insensibilité de la muqueuse vaginale.

2° L'avivement de la muqueuse des parois vaginales a été faite d'une manière plus pratique, c'est-à-dire par parties et lavant continuellement avec une solution d'acide phénique au centième. L'avivement par parties, et non pas d'une fois de toute la surface à aviver, est d'une grande importance, sous ce rapport que la perte de sang est moins considérable, vu que l'on procède aussitôt à la suture des parties avivées; en introduisant ainsi successivement les sutures, les longs bouts des fils de la dernière suture servent à fixer les parois vaginales qui sont encore à aviver.

L'irrigation continuelle de l'endroit à opérer est faite dans le but de le désinfecter et de le débarrasser des caillots sanguins.

3° La réunion des surfaces s'effectuait au moyen de la suture octoïde (1). La suture de ce genre a une grande influence sur le succès de l'opération, parce que, cette suture étant appliquée, les surfaces d'avivement se rident peu et ne se serrent point, mais se touchent exactement; ce qui ne laisse pas d'avoir une bonne influence sur la formation d'un large cloisonnement longitudinal du vagin, ainsi que sur l'union des

---

(1) La suture octoïde, recommandée par feu M. le professeur Hœppner (Saint-Petersbourg), a été depuis longtemps employée dans nos cliniques. Voy. *Manuel de médecine opératoire* de Malgaigne et Léon Le Fort, 2e partie. Paris, 1877, p. 687.

surfaces par première intention. On peut passer cette suture au moyen d'un chasse-fil ou d'une simple aiguille courbe fixée sur un porte-aiguille.

La suture octoïde se fait de la manière suivante : on passe l'aiguille dans la muqueuse de la paroi *postérieure* du vagin à une distance de 3 à 5 millimètres du bord *gauche* de la surface avivée ; on l'introduit dans le tissu, on la pousse vers la ligne médiane de l'avivement, puis on la dirige vers un point correspondant sur la ligne médiane de l'avivement de la paroi *antérieure* du vagin et on la retire à une distance de 3 à 5 millimètres de son bord *droit;* le fil passé de cette manière forme la première partie de la suture octoïde. La seconde partie se fait de la même manière, c'est-à-dire on passe l'aiguille par le bord *gauche* de l'avivement de la paroi *antérieure*, on la retire au milieu à côté du passage de la première aiguille, puis on la pousse vers le milieu de l'avivement de la paroi *postérieure* du vagin, tout près du passage de la première aiguille,et puis on la retire à une distance de 3 à 5 millimètres du bord *droit* de cette surface.

Après avoir passé de cette manière les deux fils, on procède à la torsion de leurs bouts correspondants ; d'abord du côté droit, et puis du côté gauche. Pour opérer la torsion des fils du côté gauche, l'aide doit tenir fortement les fils déjà tordus du côté droit, en produisant une certaine contre-tension, tandis que l'opérateur, tendant avec assez de force les fils, procède rapidement à leur torsion. Le but de ce procédé est de mettre de cette manière les surfaces avivées dans un contact plus régulier et plus intime, sans trop les exposer à une tension excessive.

4° On coupe les bouts des fils à une distance d'un centimètre de la muqueuse. Les bouts des fils coupés courts, restant en place plus ou moins longtemps, ne causent aucune irritation, tandis que de longs bouts sortant de la vulve, comme plusieurs observations l'ont prouvé, provoquent souvent une irritation et même une lésion des parties génitales externes.

La longueur de l'avivement des parois du vagin dans la plu-

part des cas est de 4 à 6 centimètres, et la largeur de 2 à 3 centimètres; son bord supérieur correspond sur la muqueuse du vagin à 1 centimètre et demi ou 2 centimétres au-dessous de l'union du cul-de-sac vaginal avec le col de l'utérus; le bord inférieur se trouve à 2 centimètres et demi ou 3 centimètres au-dessus de l'entrée du vagin.

Les surfaces d'avivement étant disposées un peu à droite de la ligne médiane des parois vaginales ne correspondent pas exactement à celle-ci, mais elles sont néanmoins entièrement opposées l'une à l'autre.

En prenant une longueur de 4 à 6 centimètres pour les avivements, on y applique de 8 jusqu'à 14 sutures octoïdes, puis on joint encore les bords inférieurs des deux surfaces avivées au moyen de deux ou trois sutures à nœuds, faites avec du fil en soie ou en métal.

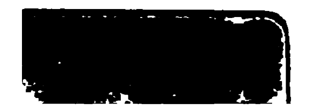
On enlève les sutures ordinairement dans l'intervalle de 7 à 21 jours et l'on ne les ôte pas toutes à la fois, mais en deux ou trois séances, dans des intervalles de 2 ou 3, et même 7 jours.

L'enlèvement des sutures avec des extrémités coupées court offre d'abord quelques difficultés; mais, avec un peu de patience et d'habitude, l'opérateur saura toujours les surmonter sans trop d'embarras.

Les premiers jours après l'opération, la malade doit rester tranquillement couchée au lit dans le décubitus dorsal ou latéral, en observant une diète modérée. Les premiers deux ou trois jours, il faut cathétériser la malade. Le troisième jour on lui donne un lavement ou un purgatif léger. Des injections vaginales s'effectuent seulement dans le cas où la malade souffre de flueurs blanches, ou lorsque les règles surviennent.

Le dixième jour après l'opération, même si les sutures ne sont pas encore enlevées, on permet à la malade de sortir du lit sans avoir recours à des appareils mécaniques pour soutenir le périnée.

Pendant la durée de cinq ans, douze femmes ont été traitées d'après ce procédé dans la clinique. et l'une d'entre elles



fut opérée par moi. Dans la pratique privée, deux femmes ont subi la même opération; l'une de celles-ci, opérée à la clinique, fut conduite chez elle en voiture immédiatement après l'opération.

Je vais maintenant donner sous forme de tableau un résumé des quatorze opérations de prolapsus, traitées par le proeédé de la suture médiane des parois vaginales.

Numéros selon	Numéro du journal de la clinique.	NOM, [redacted], ÉTAT, AGE, OCCUPATIONS, époque d'entrée dans la clinique.	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS.	COMMÉMORATIFS.	DIAGNOSTIC.	ÉTAT des parois vagin., de la vessie, du rectum et du périnée.	ÉTAT et position de l'utérus.	OPÉRATION.	NOMBRE de sutures.	ÉPOQUE de l'éloignement des sutures.	ISSUE de l'opération et remarques.
I	258	N. S..., 31 ans, femme d'un soldat, entra le 1er décemb. 1877	En 1872, fausse couch. au 1er mois; en 1873, accouchement à terme; en 1877, fausse couche au 7e mois.	Règles normales. Prolapsus complet de l'utérus, existant depuis quatre ans.	Prolapsus utérin complet.	Les parois du vagin sont également prolabées. Cystocèle et rectocèle insignifiantes. Périnée intact.	Utérus augmenté de volume, se redresse facilement; portion vaginale hypertrophiée; ulcérations superficielles de la muqueuse.	Le 7 décembre 1877, élytrorrhaphie médiane. Longueur d'avivement, 5 centimètres larg. 2 centimètres et demi.	8 sutures octoïdes avec du fil de fer et 2 sut. à nœuds au bord inférieur	Le 18 décembre, 2 sutures en soie furent ôtées. Le 20 décembre, on enleva toutes les sutures.	Point de fièvre après l'opération Dans la partie inférieure, les surfaces se sont décollées à un demi centimètre. Il s'est formé une cloison longitudinale d'environ 4 centimètres de longueur; l'utérus se tient dans la position normale. En faisant tousser la malade, rien ne sort de la vulve. Le canal droit et le gauche du vagin laissent librement passer le doigt. Le 28 décembre 1877, elle sortit de la clinique. Le 20 février 1878, elle fut examinée de nouveau et trouvée en même état.
II	7	Anne Abr. femme de ch. 28 ans, entra le 26 août 1878.	Accouchée une fois.	Premières règles à l'âge de 17 ans; mariée depuis onze ans; accouchée il y a deux ans; trois mois après l'accouchement, atteinte par le prolapsus.	Prolapsus utérin complet.	Parois vaginales également prolabées. Vessie et rectum normaux.	Utérus augmenté de volume; sa cavité — 12 c. Portion vaginale hypertrophiée, la muqueuse du col exulcérée	Le 25 septembre 1878, élytrorrhaphie médiane. Longueur d'avivement, 6 centimètres larg. 2 centimètres. Le 25 octobre, on lui fit un avivement com[illegible]	13 sut. octoïdes et 3 sut. en soie au bord infér. 20 sut. à nœuds métalliques. 2 nouvelles sutures en soie au bord [illegible]	Le 1er octobre, les sutures furent enlevées. Le 6 novembre, 12 sutures furent enlevées. Le 10 novembre, on enlève le reste.	Au bout de deux semaines après l'enlèvement des sutures, le 14 octobre, l'utérus sortit par le canal droit du vagin, tandis que la cloison longitudinale était restée compacte et intacte, ayant une longueur de 4 centimètres. On fit un avivement complémentaire dans le canal droit du vagin. Point de fièvre après l'opération. La cloison du vagin était solide; l'utérus se tenait dans une posi[illegible]

							droit du vagin; long., 4 centimètres; larg., 1 centimètre.			droite et gauche du vagin étaient de la même largeur. Le 26 novembre, elle sortit de la clinique.
III	233	Marie R..., femme d'un employé d'État; 39 ans, entra le 26 octobre 1879.	Accouchée sept fois. Le premier accouchem. la première année de son mariage. Le dernier accouchem. il y a dix ans.	Premières règles à 14 ans; mariée depuis 18 ans; après le premier accouchement atteinte par le prolapsus, qui, avec le temps, devint complet. Traitée avec des pessaires, mais sans succès.	Prolapsus utérin complet.	Parois vaginales également prolabées. Les culs-de-sac effacés. Cystocèle insignifiante. Rectum normal. Périnée déchiré jusqu'au rectum.	Utérus se redresse facilement. Portion vaginale volumineuse	Le 28 octobre 1879, élytrorrhaphie médiane Longueur d'avivement, 5 centimètres larg., 2 centimètres et demi.	8 sut. octoïdes 1 suture en soie au bord inférieur	Le 4 novembre, les sutures furent enlevées.	L'union des surfaces est complète, la cloison solide, ayant 5 centimètres de longueur. Le canal gauche du vagin est plus large que le droit. L'utérus se tient dans la position normale. Le 12 novembre 1878, elle sortit de la clinique. Le 15 mai 1881, après un an et sept mois, elle fut examinée de nouveau : la cloison de l'utérus est solide, bien soutenue; les parois du vagin conservent leur position normale.
IV	167	Anne V..., paysanne, ouvrière de fabrique, 44 ans, entre le 3 mai 1880. Elle entra de nouveau le 7 janv. 1881.	Accouchée trois fois. Le dernier accouchement il y a dix ans.	Premières règles à 14 ans. Depuis 1879, point de menstruation. Après le dernier accouchement, le prolapsus de l'utérus commença à se développer et devint complet il y a cinq ans.	Prolapsus utérin complet.	Parois vaginales renversées. Périnée en état normal.	Utérus augmenté de volume, port. vagin hypertrophiée; les lèvres ectropiées.	Le 14 mai 1880, élytrorrhaphie médiane. Long. d'avivement, 5 centimètres larg. 2 centimètres 1/2. Le 9 janv. 1881 hystérotrachélorrhaphie. Le 26 janvier, élytrorrhaphie médiane. Dimensions d'avivement les mêmes.	9 sut. octoïdes. 7 sut. octoïdes, et 3 en soie au bord inférieur.	Le 31 mai, sutures enlevées. Le 10 février, on enlève 5 sutures et le 15 on ôta le reste	Union incomplète. Cloisons 3 centimètres de longueur; utérus bien soutenu dans sa situation normale. En juin 1880, elle sortit. Bientôt après sa sortie, en levant un grand fardeau, elle sentit tout à coup une grande douleur due à un nouveau prolapsus utérin complet résultant de la rupture de la cloison. Le 7 janvier 1881, elle rentra à la clinique. Après une seconde opération, les surfaces se sont complétement unies; la cloison était solide. L'utérus se trouva à une hauteur normale. Le 20 février, la malade sortit.

Numéros selon l'ordre	Numéro du journal de la clinique.	NOM, ÉTAT, AGE, OCCUPATIONS, époque d'entrée dans la clinique.	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS.	COMMÉMORATIFS.	DIAGNOSTIC.	ETAT des parois vagin., de la vessie, du rectum et du périnée.	ETAT et position de l'utérus.	OPÉRATION.	NOMBRE de sutures	ÉPOQUE de l'éloignement des sutures.	ISSUE de l'opération et remarques.
V	300	Irène Iv..., paysanne, 25 ans, entra le 20 août 1880.	Accouchée trois fois. Le premier accouchement à 19 ans. Le dernier accouchement il y a trois ans.	Après le premier accouchement, elle remarqua le prolapsus pendant des travaux; à présent, prolapsus complet. La malade est sujette à des attaques épileptiques.	Prolapsus utérin comp	Parois vaginales renversées, la postérieure beaucoup plus que l'antérieure, leur muqueuse est hypertrophiée. Vessie normale. Rectocèle considérable. Périnée déchiré jusqu'au rectum.	Utérus agrandi en état de rétroversion. Partie vaginale du col allongée. La lèvre antérieure plus longue que la postérieure. Lèvres ectropiées.	Le 18 septembre 1880, hystéro-trachélorrhaph. Le 14 octobre, amputation partielle de la lèvre antérieure. Le 4 nov., élytrorrhap. méd.; long., 2 centimètres et demi; largeur, 2 centimètres. Le 25 novembre, opération prolongée; longueur, 2 centim. et demi; larg. 2 centimètres.	9 sut. métalliques et 4 en soie. 4 sutures octoïdes et 2 en soie au bord inférieur. 4 sut. octoïdes et 2 en soie.	Le 20 octobre sutures enlevées. Le 14 novembre, sutures enlevées. Le 5 décembre, sutures enlevées.	Après l'opération d'élytror rh. méd., la réunion des surfaces fut complète. La longueur de la cloison, environ 5 centimètres. Utérus en position normale. Le canal droit du vagin plus étroit que le gauche. La partie inférieure de la paroi postérieure du vagin saillit un peu en avant. Le 10 décembre 1880 la malade sortit. Au bout d'un an et sept mois après l'opération, elle accoucha à huit mois.
VI	344	Pr. Z..., femme de soldat, 45 ans, entra le 18 sept. 1880.	Accouchée trois fois. Le 1er accouchement à la 1re année de son mariage; le dernier il y a	Premières règles à 15 ans; mariée depuis 17 ans; prolapsus utérin complet depuis deux ans.	Prolapsus utérin complet.	Parois vaginales complètement renversées, la muqueuse grossie, périnée déchiré.	Utérus augmenté de volume, en état de rétroversion. Portion vag. agrandie.	Le 5 novembre 1880, élytrorrhaphie médiane Long. 3 centimètres, lar-	5 sut. octoïdes et 1 suture au bord inférieur. 3 sutures	Le 26 novembre, sutures enlevées. Le 21 janvier, sutures enlevées.	Union complète, cloison solide; utérus se tient parfaitement en posit. normale. La réunion du périnée réussit parfaitement. Le 27 février 1881, elle sortit.

			treize ans.					...geur 2 centimètres Le 14 janvier, episio-perinéorrhaphie.	profond.		
VII	356	P. K..., 56 ans. entra le 3 octobre 1880.	Accouchée sept fois; fausses-couches six fois; dernier avortement il y a seize ans.	En 1861, elle remarqua le prolapsus qui, depuis 1866, fut complet. En 1872, le professeur Hœppner fit une opération qui ne put arrêter le prolapsus que pendant un mois (périnéorrhaphie).	Prolapsus utérin complet.	Parois vaginales également renversées. Rectum et périnée à l'état normal.	Utér. grand, sa cavité = 10 c. Portion vagin. hypertrophiée.	Le 20 octobre 1880, élytrorrh. méd.; long., 3 centimètres larg., 2 centimètres.	6 sut. octoïdes, et 4 sutures en soie au bord inférieur.	Le 27 octobre, toutes les sutures sont enlevées	Les surfaces ne se sont réunies qu'aux deux tiers supérieurs. Cloison solide. L'utérus est bien soutenu. Le 12 novembre elle sortit.
VIII	169	Cath. Cr..., paysanne, 35 ans, entra le 28 avril 1881.	Accouchée quatre fois; premier accouchement à la seconde année de son mariage; le dernier il y a six ans.	Premières règles à 18 ans; mariée depuis 11 ans. Dix semaines après le dernier accouchement, ayant levé un lourd fardeau, elle fut tout à coup atteinte par un prolapsus utérin complet. Constipation continuelle; attaques hystériques.	Prolapsus utérin complet.	Parois vaginales complètement prolabées. Périnée très large et un peu déchiré.	Utérus agrandi en rétroversion. Partie vaginale hypertrophiée.	Le 18 mai 1881, élytrorrhaphie médiane. Long. 4 centimètres larg. 2 centim. et demi. Le 8 juin, opérat. prolongée; longueur, 2 centim. et demi; larg. 2 centimètr. et demi Le 19 juillet, opération reprise; longueur, 3 centimètres; largeur, 2 centim. et demi. Ensuite périnéorrhaphie.	13 sut. octoïdes. 6 sut. octoïdes. 6 sut. octoïdes, 4 sutures en soie au bord inférieur	Le 30 mai, sutures enlevées. Le 21 juin, sutures enlevées. Le 2 août, sutures enlevées.	Réunion complète. Réunion réussie, mais le 22 juin les surfaces unies se sont séparées par suite d'un fort vomissement. Hémorrhagie insignifiante. Réunion complète. Le 12 août, la cloison était solide; longueur, 5 centimètres et demi; largeur, 1 centimètre et demi. La partie inférieure de la paroi postérieure fait saillie à la vulve; c'est pou[illegible]quoi on fit l'opération de périnéorrhaphie qui a pa[illegible]tement réussi. Elle sortit le 27 mai [illegible]

Numéros selon l'ordre.	Numéro du journal de la clinique.	NOM, ÉTAT, AGE, OCCUPATIONS époque d'entrée dans la clinique.	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS.	COMMÉMORATIFS.	DIAGNOSTIC.	ÉTAT des parois vagin, de la vessie, du rectum et du périnée.	ÉTAT et position de l'utérus.	OPÉRATION.	NOMBRE de sutures.	EPOQUE de l'éloignement des sutures.	ISSUE de l'opération et remarques.
IX	356	Alexandra M..., bourgeoise, fem. de chambre, 28 ans, entra le 26 août 1881.	Accouchée quatre fois; le dernier accouchement il y a un an et demi.	Premières règles à 16 ans Les premières et les dernièr. couches-forceps. Au bout de trois semaines après l. dernières couches, elle fut atteinte d'un prolapsus utérin.	Prolapsus utérin complet.	Parois vaginales renversées et hypertrophiées; la paroi antérieure prolabée plus que la postérieure. Rupture peu étendue du périnée.	Utérus en rétroflexion, sa cavité allongée Part. vagin. hypertrophiée, la lèvre infér. un peu exulcérée.	Le 2 septembre 1881, élytrorrhap. méd. Long. de l'avivement, 5 centimètres, et larg. 2 centimètres.	10 sut. octoïdes, au bord inférieur 3 sutures métalliques et 1 sut. en soie.	Le 11 septembre, on enlève les sutures superficielles. Le 23 septembre 3 sutures octoïdes sont enlevées. Le 1er octobre, on enleva le reste.	Le succès de l'opérati est complet. Le 6 octobre 1881, elle so tit de la clinique.
X	167	Anne V..., paysanne, 45 ans, entra le 19 août 1882.	Accouchée trois fois.	Premières règles à 16 ans. Après le premier accouchement, parut le prolapsus.	Prolapsus utérin complet.	Parois vaginales également renversées Périnée normal.	Utérus agrandi. Portion vaginale hypertrophiée.	Le 4 août 1882, élytrorrhagie médiane. Long. 3 cent., larg. 2 centimètres	3 sut. octoïdes et 3 sut. en soie.	Le 18 août, on enleva les sutures.	Réunion complète. La clo son soutient parfaitemen l'utérus et les parois vag nales. Le 17 septembre 1882, l malade sortit.
XI	507	N. S..., paysanne, 56 ans, entra le 5 octob. 1882.	Accouchée huit fois; le dernier accouchement il y a 17 ans.	Premières règles à 15 ans; point de menstruations les six dernières années. Deux semaines après les dernières couches, par suite de la chute d'un char, elle fut atteinte par le prolapsus [illegible]	Prolapsus uterin complet.	Parois vaginales parfaitement prolabées, leur muqueuse hypertrophiée et indurée, périnée déchiré.	Cavité de l'utérus, 9 centimètres.	Le 6 octobre 1882, élytrorrhap. méd. Long. de l'avivem. 6 centim; la larg. 2 centim. et demi. Le 16 novembre périnéorrhaphie.	13 sut. octoïdes, 3 métalliques et 2 en soie. 7 profond. sutur. métall. vaginales; 13 sutu-res su- [illegible]	Le 13 octobre, on enleva les sutures superficielles. Le 29 octobre, on ôta les octoïdes. Le 22 novembre, on enleva une partie des sutures et le 29 [illegible]	La réunion des surfac est complète. La cloison e solide; l'utérus est mainten parfaitement. Le 22 novembre, la malad fut atteinte d'une gangrèn partielle du périnée, sutur fièvre insignifiante. Le 7 décembre, la plai s'est cicatrisée; il ne rest qu'une fistule périnéo-vagi nale insignifiante.

				… depuis dix ans, est devenu complet.					… sutur. métalliques périnéales, et 7 sut. en soie.		
XII	576	Eug. Pr.., femme d'un employé d'État 38 ans, entra le 12 nov. 1882.	5 couches, 1 avortement dernier accouchement il y a six ans et demi.	Premières règles à 17 ans; mariée depuis 13 ans; après le dernier accouchement, atteinte par le prolapsus utérin complet.	Prolapsus utérin complet.	Parois vaginales également renversées et hypertrophiées. Cystocèle et rectocèle considérables. Rupture du périnée.	La cavité de l'utérus, 12 cent. Portion vag. hypertrophiée.	Le 13 novembre 1882, élytrorrhap. méd.; long. 6 cent.; largeur. 2 centim. et demi. En même temps on fit la colporrhaphie postérieure.	13 sut. octoïdes, et, au bord inférieur, 2 sutures en soie. 12 sutures métalliques et 1 en soie.	Le 2 décembre, on enleva les sutures. Le 30 novembre, on enleva les sutures.	Réunion complète. Cloison solide, d'une longueur de 5 centimètres. Utérus maintenu parfaitement en position normale. Le 13 décembre 1882, elle sortit.
XIII	»	Y. Ia.., 49 ans.	9 couches et un avortement. Les premières à la 2e année de son mariage; les dernières il y a sept ans.	Premières règles à 14 ans; mariée depuis 20 ans; les menstruations ont cessé depuis sept ans; prolapsus utérin existe depuis longtemps.	Prolapsus utérin complet.	Parois vaginales complètement prolabées. Périnée en état normal.	Utérus de volume normal.	Le 21 mars 1880 élytrorrhaph. méd. Long. d'avivem., 6 centimètres; largeur, 2 centim. et demi.	12 sut. octoïdes.	On enleva les sutures au b de deux semaines.	En bas, à 1 centimètre, les surfaces ne se sont pas réunies. Cloison solide; l'utérus se tient parfaitement dans sa position normale. Trois ans après l'opération, le résultat était encore satisfaisant.
XIV	»	V. Br.., 50 ans.	5 couches et deux avortements; le premier accouchement à la seconde année de son moriage; le dernier accouchement il y a 17 ans.	Premières règles à 17 ans; point de menstruations pendant les dix dernières années. Mariée depuis trente-deux ans. Depuis plusieurs années, il s'est développé un prolapsus utér. complet.	Prolapsus utérin complet.	Parois vaginales complètement renversées et hypertrophiées, cystocèle, périnée déchiré.	Utérus de volume normal.	Le 3 octobre 1882, élytrorrhap. méd. Long. d'avivement, 6 cent.; larg. 2 centimètres et demi.	10 sut. octoïdes et 3 métalliques à nœuds au bord inférieur	Le 16 octobre, on enleva 3 sutures métalliques superficielles et 3 octoïdes. Le 22 octobre on ôta tout le reste d. sutures octoïdes.	Réunion des surfaces complète, à l'exception de 1 centimètre en bas, où elles s'étaient séparées. Longueur de la cloison, 4 centimètres, et largeur environ 2 centimètres. Aussitôt après l'opération pratiquée à la Clinique, la personne opérée fut conduite chez elle en voiture. Un examen nouveau pratiqué quatre mois et demi plus tard fit constater la guérison du prolapsus.

Le tableau ci-joint montre que les femmes opérées avaient toutes l'âge de 28 à 56 ans ; elles étaient toutes multipares, à l'exception d'une seule qui était primipare. Les couches chez toutes s'étaient terminées naturellement par la force de la nature, sauf dans le IXe cas où le forceps fut appliqué lors du premier et du quatrième accouchement.

Le prolapsus utérin durait depuis un an et demi jusqu'à qu'à 14 ans dans les 14 cas. Dans 12 cas, le volume de l'utérus était augmenté ; la cavité de celui-ci atteignait dans 2 cas une longueur de 12 centimètres ; dans 3 cas, l'utérus était en rétroversion. La portion vaginale du col était dans presque tous les cas hypertrophiée ; dans 1 cas seulement la lèvre antérieure du col utérin était considérablement allongée ; dans 2 cas les lèvres de celui-ci étaient ectropiées.

Dans 10 cas, l'opération a été faite dans une séance, et le succès fut complet ; dans 2 cas, l'opération ne fut suivie de succès qu'après deux ou trois séances ; c'est que l'une des personnes opérées était atteinte d'attaques épileptiques, tandis que l'autre souffrait d'attaques hystériques accompagnées de vomissements persistants. Dans 1 cas, la largeur de la cloison vaginale fut augmentée de 1 centimètre, parce que l'utérus, malgré l'existence de la cloison vaginale, était sorti par la partie droite du canal ; mais une opération complémentaire ayant été faite, le succès n'en fut pas moins complet. Dans 1 cas, la réunion des surfaces ne s'étant effectuée que sur une étendue de 3 centimètres, on a dû faire l'opération deux fois, parce que la femme ayant levé un lourd fardeau, la cloison vaginale s'était rompue. Après la seconde opération, le succès était complet.

Dans aucun des 14 cas l'opération ne fut suivie de fièvre.

Chez quelques malades, on fit d'abord des opérations préparatoires pour guérir des lésions secondaires ; notamment dans 2 cas on fit l'hystéro-trachélorrhaphie, et dans 4 cas on pratiqua l'amputation de la lèvre antérieure du col.

Comme opérations complémentaires, on fit dans 1 cas une colporrhapie postérieure, et dans 3 cas la périnéorrhaphie,

La longueur de l'avivement fut en rapport avec la longueur des parois vaginales de chaque individu. Cette longueur varia entre 5 et 6 centimètres.

Comme les surfaces d'avivement n'étaient pas placées exactement sur la ligne médiane des parois vaginales, mais placées un peu à droite de celle-ci, il s'en suit que le vagin était divisé en deux parties d'une largeur différente, la partie gauche étant plus large que la droite.

La cloison vaginale, après la réunion des surfaces avivées, était dans tous les cas d'une telle solidité et d'une telle résistance, que l'utérus se maintenait fort bien en position normale dans la cavité du petit bassin.

Le succès obtenu par l'opération a été constaté dans plusieurs cas assez longtemps après l'opération, comme par exemple dans le treizième cas où le résultat de celle-ci s'était maintenu, comme nous l'avons dit, pendant trois ans; dans les troisième et quatrième pendant un an et sept mois : dans les autres cas, plusieurs personnes opérées ont été de nouveau examinées après deux, trois, quatre et cinq mois après l'opération.

L'une des personnes opérées par l'élytrorrhaphie médiane (le cinquième cas), âgée de 27 ans, a accouché au bout d'un an et sept mois après l'opération dans un établissement d'accouchements à Saint-Pétersbourg. La cloison médiane, se présentant charnue et ayant environ 4 centimètres de diamètre, dut être coupée. L'accouchement fut régulier et la période puerpérale se passa d'une manière normale.

En nous fondant sur les quatorze observations cliniques faites sur les personnes qui ont subi le traitement de la suture médiane des parois vaginales, d'après le traitement de Neugebauer, et ayant égard aux résultats des 32 cas de cette opération qui ont déjà été publiés, nous nous croyons autorisé à admettre les conclusions suivantes :

1° Ce procédé mérite une application générale tout aussi bien que les autres méthodes de traitement opératoire du prolapsus utérin complet.

2° L'indication pour le traitement du prolapsus utérin complet et chronique par élytrorrhaphie médiane existera dans les cas où les parois vaginales sont plus ou moins également renversées, et c'est absolument la même chose, si le prolapsus utérin est primitif ou secondaire,

3° La contre-indication pour ce traitement opératoire, outre les causes générales et locales qui s'opposent au traitement opératoire du prolapsus utérin quel qu'il soit, doit être, selon nous, le renversement inégal des parois vaginales.

4° L'âge de la femme ne doit avoir qu'une importance secondaire dans la question. La crainte, pour les couches suivantes, due à l'existence d'une cloison artificielle longitudinale dans le vagin, n'est pas plus fondée qu'elle ne l'est dans d'autres traitements opératoires, dont le but est de rétrécir considérablement le calibre du vagin ou de l'orifice vulvaire.

5° En donnant à l'avivement des muqueuses des parois antérieure et postérieure du vagin une longueur de 4 à 5 centimètres et une largeur de 2 centimètres et demi à 3 centimètres, on doit considérer ces dimensions comme suffisantes pour obtenir, après la réunion, une cloison solide et conforme à son but.

6° Pour l'avivement des parois vaginales, il suffit d'enlever seulement la partie superficielle de la muqueuse pour obtenir une réunion complète des surfaces.

7° L'application des sutures octoïdes métalliques offre de grands avantages sur celles à nœuds, de quelque matière que ces derniers soient faits, en ce que les premières produisent une compression moins forte des tissus qui permet d'obtenir, après la réunion des surfaces, une cloison plus large.

8° L'enlèvement des sutures doit être fait dans l'intervalle de la deuxième et de la troisième semaine, parce que dans ce temps on risque moins de déchirer la réunion en tendant les parois vaginales.

9° L'épisiorrhaphie, la colporrhaphie et la périnéorrhaphie,

comme opérations auxiliaires destinées à remédier à la rupture périnéale, ne sont pas absolument indispensables.

10° La simplicité et la facilité que ce traitement opératoire nous offre en s'effectuant sans chloroforme, et avec le secours d'aides même peu habiles, permettent d'appliquer la suture médiane des parois vaginales même dans la pratique villageoise; on ne saurait en dire autant des autres méthodes de traitement opératoire du prolapsus utérin.

DU FORCEPS DROIT AUX BRANCHES PARALLÈLES

Du professeur LAZAREWITCH.

Par le Dr Massalitinoff.

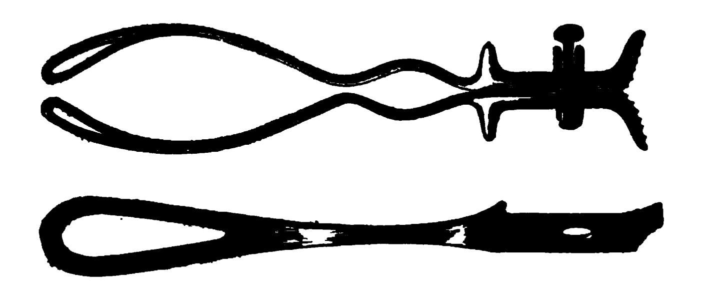
> Ceux qui annoncent que les forceps anciens, dits classiques, sont parfaits et réunissent toutes les conditions nécessaires, s'écartent de la vérité. Dans l'art, comme dans la science, il ne faut jamais mettre des barrières au progrès. En ces matières il faut tâcher de ne pas être myope et ne pas entraver la tendance vers la perfection.
>
> *Cours d'accouchement*, par le prof. LAZAREWITCH.

Depuis l'invention du forceps jusqu'à présent, nous possédons plus de 200 modifications de cet important instrument. Chaque accoucheur, plus ou moins éminent, y a mis la main, et beaucoup de noms glorieux sont unis à cet instrument. Mais le forceps a été modifié plus qu'aucun autre instrument; ce que pourrait démontrer fort bien l'imperfection de tous les forceps connus et le désir d'atteindre l'idéal ou au moins de s'en rapprocher. La majorité des accoucheurs s'est arrêtée sur le type des forceps croisés, quoique en comprenant leurs imperfections; ainsi Schrœder convient que la compression de la

tête du fœtus par le forceps croisé est un mal inévitable; selon lui, un forceps qui ferait l'extraction de la tête sans la comprimer, atteindrait l'idéal. L'épigraphe, inséré en tête de cet article, fait allusion de même à ces imperfections.

Sous l'influence de cette conviction, au dernier congrès international de médecine, à Londres, le professeur J. Lazarewitch présenta un forceps parallèle, sans courbure pelvienne, qu'il venait d'inventer récemment; en même temps il fit connaître les causes pour lesquelles il rejeta la susdite courbure et cinq cas où le nouveau forceps fut employé avec succès sur des têtes placées dans le détroit supérieur du bassin (1). Ce même forceps, avec d'autres instruments inventés de même par le professeur Lazarewitch, fut exposé par l'auteur à la dernière exposition de Moscou, 1883.

Il est formé (fig. 1) de deux branches longues de 32 centi-



FIGURES 1 ET 2.

mètres; le plus grand écartement des cuillers est de 7 centimètres, celui de leurs becs, de 2 centimètres 1/2. Les becs sont minces, de façon à pouvoir être introduits, même quand les bords de l'orifice externe de la matrice sont très amincis et fortement tendus sur la tête de l'enfant. La largeur des cuillers est de 4 centimètres (fig. 2). Les manches, à leurs extrémités, sont courbés en dehors et sont dénués de garniture

(1) *On the obstetrical forceps*, by prof. Lazarewitch. London, 1881.

en bois, ce qui permet de les tenir dans une propreté parfaite. La jonction des branches se fait sans croisement par un mécanisme que voici : sur l'une (fig. 3), à 3 centimètres de



FIGURE 3.

l'extrémité à angle droit, se trouve un pivot et sur l'autre (fig. 4) une mortaise dans laquelle le pivot doit entrer. Une



FIGURE 4.

vis peut pousser en avant le pivot, de telle manière que les manches peuvent être éloignés l'un de l'autre jusqu'à 2 centimètres 1/2 de distance. Ainsi la distance entre les cuillers peut varier, selon le volume de la tête du fœtus, sans que les cuillers cessent d'être parallèles; c'est la raison pour laquelle, la tête étant bien saisie, le glissement des cuillers devient

impossible. Outre la mobilité des becs de gauche à droite, grâce à ce que la mortaise, faite pour recevoir le pivot, est de beaucoup plus large que ce dernier, les cuillers jointes sont encore mobiles suivant la direction de leur axe longitudinal. La principale et la plus essentielle différence de ce forceps consiste dans l'absence de la courbure dite nouvelle ou pelvienne, regardée, grâce aux noms de Levret et Smellie, comme indispensable pour la soi-disant innocuité du forceps. Ces hommes illustres modifièrent l'ancien forceps droit de Chamberlen, s'appuyant sur ce fait anatomique, à savoir que l'axe du bassin est courbe. Après eux, les forceps à courbure pelvienne se répandirent partout, les forceps droits ont été oubliés et ne s'employèrent plus que dans les cas où la tête était située au niveau du détroit inférieur, car l'application de ces derniers dans d'autres cas était considérée comme impossible, tellement était forte la conviction de l'indispensabilité de la courbure pelvienne du forceps. Mais en considérant que la continuation de la ligne droite qui ferme l'axe du détroit supérieur, à la sortie du bassin (dans le détroit inférieur), effleure l'extrémité du coccyx, puis que le bord du périnée, même chez une primipare, par l'effet de la pression, peut être refoulé jusqu'au coccyx, il est aisé de comprendre que les tractions du forceps droit, régulièrement appliqué sur une tête située au niveau du détroit supérieur du bassin, seront faites suivant la direction de l'axe du détroit supérieur du bassin; en même temps, les bords postérieurs des cuillers ne feront que glisser devant les bords antérieurs du périnée, ce qui serait tout à fait impossible avec le forceps à courbure pelvienne.

Les résultats de l'application de ce forceps, pendant deux années, tant à la Clinique qu'ailleurs, ont donné pleinement raison aux considérations que nous venons de soumettre. Je présenterai quelques observations concernant l'application du forceps droit. A la Clinique, il y en a dix; entre eux je n'en choisirai que trois des plus difficiles, dans lesquels la tête était au niveau du détroit supérieur; comme indications nous

avions, dans les deux premiers, un rétrécissement considérable du bassin ; dans le troisième, un volume trop considérable de la tête avec un bassin rétréci en entonnoir.

OBSERVATION I.

Ow. Z., âgée de 24 ans, de constitution médiocre (taille 1^{m},80 c.), primipare. Ses dernières règles sont apparues vers le milieu du mois de mai, les premiers mouvements fœtaux vers la fin de septembre. Le ventre, en besace, mesure dans sa plus grande largeur, 1^{m},01 c. L'utérus est excessivement mobile. Le bassin mesure : d. sp. 23 cent., d. cr. 26, d. troch. 29, c. ex. 18, c. d. 9,5, c. v. 8. Les battements du cœur fœtal, perçus à droite sont au nombre de 120, les mouvements sont perçus à gauche. La portion vaginale de l'utérus est très élevée, à gauche et en arrière, le promontoire (angle sacro-vertébral) est facilement atteint par le doigt ; par le toucher, on sent un corps rond, dur, quelque peu mobile. Les premières douleurs ont eu lieu le 18 février, à midi, et continuèrent, sans être régulières, jusqu'au 21, en augmentant de force vers le soir. Le 21, elles devinrent beaucoup plus intenses et plus fortes. Au toucher, le 21 au soir, on constate que l'orifice externe s'est dilaté jusqu'à 2 cent., se présente la bosse sincipitale gauche, les sutures et les fontanelles ne peuvent être atteintes. Le lendemain, à 7 h. 1/2 du matin, l'orifice est dilaté jusqu'à 4 cent., mais la partie qui se présente est haut placée et très fortement serrée contre la paroi antérieure droite du bassin. Comme la rétention d'urine était complète, il fallut recourir plusieurs fois au cathéter courbé. A midi, l'orifice externe, dilaté jusqu'à 5 cent., les membranes se rompirent. Après quoi, l'os sincipital gauche s'abaissa, la suture sagittale se dirigea vers le sacrum, la petite fontanelle se trouvait à droite, la grande à gauche et en arrière. Les douleurs prirent un caractère spasmodique ; pour cette raison on dut recourir au chloroforme. A 3 h. 1/2, un bain chaud, après lequel l'orifice se dilata jusqu'à 6 cent. A 4 heures, on constate que la partie droite du bord antérieur de l'orifice de la matrice est tuméfiée ; vers 5 h. 1/2, l'œdème gagna la partie postérieure sans que la position de la partie qui se présentait changeât ; seulement il se produisit à ce niveau un pli cutané, et sur la bosse sincipitale un œdème peu important. A 8 h. 1/2, l'œdème de l'orifice a tellement progressé que la dilatation ne mesurait plus que 5 cent., l'œdème de la tête

restait dans les mêmes proportions. Les battements du cœur fœtal, après chaque douleur de l'enfantement, devenaient de plus en plus faibles et lents. En considérant la très grande durée des douleurs, le rétrécissement considérable du bassin et la compression très énergique des bords de l'orifice externe ; de plus, considérant que la tête ne descendait guère, quoique les douleurs fussent très fortes, tellement fortes qu'on pouvait redouter la rupture de l'utérus, il fut décidé de recourir à l'opération, d'autant plus que le changement survenu dans les battements du cœur fœtal,.. ne permettaient plus d'attendre. Vu la stabilité de la tête, il fut décidé de recourir au forceps et, dans le cas de non réussite, à l'embryotomie. On devait craindre d'être forcé d'employer ce dernier moyen, car les indications étaient des plus graves ; la tête, placée très haut dans le détroit supérieur, était enclavée, les bords de l'orifice externe n'étaient dilatés qu'à 5 cent., les os du crâne étaient serrés contre les parois du bassin. L'application du forceps n'était possible que dans le diamètre oblique. L'opération fut faite par le professeur Lazaréwitch. Le forceps fut appliqué dans le diamètre oblique droit. Comme l'os frontal gauche était très serré, on a rencontré une grande difficulté, principalement à gauche et en avant pendant l'introduction des cuillers. Préalablement, des deux côtés de l'orifice externe, furent faites deux incisions. Après 10 ou 12 tractions très fortes, la tête s'est engagée et est apparue à la vulve, sur laquelle, pour éviter le déchirement, furent de même faites deux incisions. L'opération dura une demi-heure, sans qu'il y eût eu le moidre glissement du forceps. L'enfant, du sexe masculin, fut extrait en état de mort apparente. Il pesait 3 kil. 250 gr. ; sa longueur, 51 cent. ; le diamètre droit (long), 13 c. ; le diamètre transverse (bi-pariétal), 10 cent. ; le petit diamètre, 9 ; le diamètre oblique, 14 ; la circonférence de la tête, 36 ; la longueur de l'ombilic, 37 cent. Dans la région de l'os frontal gauche et un peu au-dessus de l'oreille droite sont restées des marques, très peu distinctes, faites par la pression des becs. Les suites de couches furent normales et la mère quitta la clinique le dixième jour, très bien portante.

Observation II.

Th. Ch., âgée de 21 ans, enceinte pour la seconde fois, est entrée à la clinique le 16 octobre 1882 ; son accouchement antécédent fut très difficile, dura quatre jours, et se termina par l'application du

forceps à courbure pelvienne, par le professeur Lazaréwitch (19 juin 1881), l'enfant mort-né. Enceinte pour la seconde fois vers la fin de janvier, les premiers mouvements du fœtus furent perçus vers la moitié de juin. Ch. est de taille moyenne (1m,40 cent.), de faible constitution. La grande circonférence du ventre, 89 ; celle du bassin, 83 ; d. sp. 22 ; d. cr., 24 ; d. tr., 24 ; c. ext., 16 ; c. d., 10,5 ; c. vera, 9 ; dist. tub. ischi., 9. Le bassin est également rétréci. L'utérus est très incliné à droite, les battements du cœur fœtal à droite. La position du fœtus est oblique, droite ; il se présente par l'ombilic et les petites parties. Le travail commença à 5 h. du soir, le 3 novembre. Grâce à la position de l'accouchée sur le côté gauche, avant et pendant le travail, jusqu'à la rupture des membranes, l'ombilic et les petites parties remontèrent et la tête se présenta et s'arrêta dans le détroit supérieur. Le soir du 4 novembre, les douleurs devinrent très fortes ; à 9 heures, les membranes se rompirent, l'orifice externe étant dilaté jusqu'à 4 cent. Au toucher, on constate que la suture sagittale se trouve dans le diamètre transversal, la grande fontanelle à gauche et la petite à droite. Vers une heure du matin, le 5 novembre, l'orifice externe se dilata complétement ; sur la tête se forma une œdème considérable. Dès 5 heures du matin, les douleurs devinrent de plus en plus faibles et à la fin cessèrent tout à fait. Tous les moyens employés pour les exciter restèrent sans effet. Il fut décidé de recourir au forceps. L'application de cet instrument fut faite par moi, sous les indications du professeur Lazaréwitch (à 8 h, du matin). Les cuillers furent appliquées dans le diamètre transversal du bassin, une d'elles sur la portion convexe de l'os frontal et l'occiput et malgré la situation de la tête au niveau du détroit supérieur ; il n'y a pas eu de glissement du forceps. Après quatre tractions un garçon fut extrait, plein de vie, pesant 3 kil. 280 gr. La circonférence de la tête, 36 ; le diamètre droit, long, 13 ; le diamètre transverse, 9 ; le petit diamètre, 8. La tête est fortement serrée dans le diamètre transverse. Sur l'os frontal, une marque de peu d'importance, laissée par les becs du forceps. Le dixième jour, la mère quittait la clinique en bonne santé.

OBSERVATION III.

On. P., 32 ans, d'une constitution faible, de 1m,60 cent. de hauteur, entra à la clinique le 26 octobre 1882. Enceinte pour la cin-

quième fois, à terme. Ses dernières règles parurent le 30 janvier; les premiers mouvements fœtaux vers le milieu de juin. Le fond de la matrice est fortement incliné à droite, les battements du cœur fœtal à gauche. Les diamètres de l'entrée du bassin sont normaux; à la sortie, ils sont rétrécis : dist. tub. ischi., 10 cent.; le diamètre droit de la sortie, 8 cent. Le bassin est rétréci en entonnoir. L'accouchement fut retardé et n'arriva que le 18 novembre à midi. Au toucher, on constate que la suture sagittale est placée suivant le diamètre transversal, la petite fontanelle est à gauche. Les douleurs sont fortes. A 7 heures, les membranes se rompirent, l'orifice externe offre une dilatation de 4 cent. La suture sagittale dessine le diamètre oblique, droit. A 9 heures, l'orifice externe se dilata complètement. Vers 10 heures, sur les bords antérieurs de l'orifice externe se forma une œdème considérable, et sur la tête une tumeur de même provenance. A 11 heures, les douleurs s'affaiblirent, pendant une demi-heure elles cessèrent, les moyens employés pour les exciter n'eurent aucun résultat. A 1 heure de la nuit, l'interne de la clinique, le Dr Brill, appliqua le forceps parallèle, droit sur la tête. qui restait stable dans le détroit supérieur. Les cuillers furent appliquées dans le diamètre oblique, gauche, quoique avec beaucoup de difficulté, principalement du côté droit. Après quelques tractions, un garçon vivant fut extrait, du poids de 4 kil. et de 51 cent. de longueur. La tête mesure : la circonférence, 37 cent., le diamètre droit, 13, le diamètre diagonal, 14,5; le grand transversal, 10; le petit, 9. La mère quitta la clinique, bien portante.

Ces trois observations sont dignes d'attention. La première et la troisième, par l'application du forceps dans le diamètre oblique, sur une tête qui se trouvait dans le détroit supérieur. La seconde observation est remarquable par l'application du forceps droit, qui a été plus facile que celle du forceps à courbure nouvelle ou pelvienne, employé sur cette même femme, un an avant, quoique les indications fussent les mêmes.

En nous basant sur les observations ci-dessus insérées, comme sur les autres que nous avons trouvé inutile de publier, nous reconnaissons que le nouveau forceps droit du professeur Lazarewitch présente beaucoup d'avantages dus, en

premier lieu, à ce que les cuillers sont parallèles; en second lieu, à ce qu'elles sont droites.

Résumons ces avantages :

I. — Grâce à leur mobilité, les cuillers peuvent parfaitement s'adapter à la tête, de même qu'aux parois du bassin.

II. — Avec les forceps parallèles, la compression de la tête n'est produite que par les parois du bassin.

III. — Sur des têtes placées dans le détroit supérieur, même dans le diamètre oblique, les forceps droits peuvent être employés avec succès, grâce à l'absence de la courbure pelvienne, car, avec cette dernière, l'application, dans ces conditions, est impossible, comme le fait judicieusement remarquer l'accoucheur expérimenté, le professeur Krassowsky : « Il ne faut jamais recourir à l'application du forceps dans le diamètre oblique, quand la tête est dans le détroit supérieur. » Ceci est facile à comprendre. La courbure pelvienne du forceps ne correspondra plus avec la courbure de l'axe du bassin.

IV. — Grâce à ce que la force motrice se dirige en ligne droite, les mouvements progressifs de la tête se produisent avec beaucoup plus de facilité que si l'on employait le forceps à courbure nouvelle ou pelvienne.

V. — Particulièrement pour les novices, il est beaucoup plus facile de s'orienter sur la position des cuillers et d'éviter plus sûrement les lésions que peuvent produire les becs sur la matrice.

VI. — Avec le forceps droit, il est plus facile de changer la position de la tête, en la plaçant dans un autre diamètre du bassin.

VII. — Les cuillers, même dans leurs différentes positions réciproques, peuvent être jointes, étant introduites dans un espace plus libre, grâce à la mobilité de leur articulation.

NOTE SUR LE MANDRIN-TRACHÉOTOME
ET SUR
LE TRACHÉOTOME A MANCHE DILATATEUR-CONDUCTEUR
(INSTRUMENT NOUVEAU.)

Par le Dr Phélippeaux, de Saint-Savinien (Charente-Inférieure).

I

QUELQUES MOTS SUR LE MANDRIN-TRACHÉOTOME.

Sous ce titre :

« *Croup et trachéotomie ; opération facile avec le mandrin-* « *trachéotome* », nous avons publié, dans le numéro d'avril 1883 des *Annales de Gynécologie*, une note ayant pour but de proposer à nos confrères un instrument destiné à pratiquer les divers procédés de trachéotomie *supérieure*.

Savoir :

Chez l'enfant :

1° la *crico-trachéotomie* (Boyer, Blandin, de Saint-Germain).

2° la *trachéotomie vraie*, ou *juxta-cricoïdienne* (Bourdillat, Dubar, etc.).

Chez l''adulte :

1° la laryngotomie *inter-crico-thyroïdienne* ; possible à partir de l'âge de 13 ans, d'après le Dr Choukry (Thèse inaugurale, Paris 1878). — Opération à l'ordre du jour et recommandée par MM. Verneuil, Farabeuf, Richelot, Lannelongue, Nicaise, Eriksen, Jacolot.

2° La trachéotomie *juxta-cricoïdienne*, sans l'avoir formellement conseillée.

La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne suffisant, il nous semble, à la majorité des cas, et s'exécutant facilement avec le mandrin-trachéotome.

A une condition, cependant :

« C'est que, tout en opérant sans perte de temps, on agira « *sans* précipitation. »

« Sur un cadavre d'adulte, la laryngotomie en question « exige à peine une demi-minute. »

Si l'on opère *trop vite*, ou bien avec un mandrin dont la lame ne *coupe pas parfaitement*, on peut être porté à trop enfoncer cette lame ; ce qui expose à raser, ou même à atteindre, *très superficiellement*, il est vrai, la muqueuse qui recouvre la face antérieure du *chaton* cricoïdien. Il vaudrait mieux dire l'*égratigner.*

Sans vouloir discuter ici sur cette lésion absolument insignifiante chez l'adulte, lésion plus possible avec la pointe d'un bistouri, et n'offrant pas beaucoup de danger *même* sur la paroi postérieure de la trachée (*Velpeau*), nous croyons pouvoir affirmer :

Qu'en pratiquant la *crico-trachéotomie* sur un enfant croupeux, s'il arrivait que, dans les conditions précitées, cette petite blessure se produisît, elle n'aurait aucun inconvénient, et voici pourquoi :

« Le chaton du cricoïde qui a 12 millimètres de hauteur en « moyenne, et 2 millimètres d'épaisseur, représente, surtout « dans sa partie inférieure, la seule qui puisse être touchée « par la lame, une muraille assez solide, résistante, et d'autant « plus invulnérable qu'elle est réellement blindée par des « fausses membranes épaisses de 2 millimètres, sinon davan- « tage. »

La gorge, le larynx, la partie supérieure de la trachée sont, en effet, les régions où les produits couenneux ont leur plus grande épaisseur.

En conséquence, à moins de vouloir tout démolir, ou d'opérer avec brutalité, il est impossible, selon nous, de causer le moindre accident notable, même en opérant trop vite.

Nos expériences nous font dire également :

Que si l'on pratique la trachéotomie *juxta-cricoïdienne* dans les mêmes conditions spécifiées, chez l'adulte, opération non recommandée, mais cependant exécutable, on pourra être obligé de forcer modérément pour entrer dans la trachée-artère.

D'où la possibilité d'une ouverture irrégulière, en ligne brisée, des trois premiers cerceaux, mais sans la plus petite lésion de la paroi postérieure du tube aérien. L'ossification pré coce de la trachée prédisposerait évidemment à cette sorte d'ou verture qui ne gênerait pas, du reste, l'introduction simultanée de la canule.

« Quand, dit *Trousseau*, on a pénétré dans la trachée, peu « importe, en vérité, de quelle manière on y est arrivé ; que « l'opération ait été faite plus ou moins habilement, plus ou « moins rapidement, les choses deviennent égales, pourvu « qu'on ait évité les hémorrhagies, car les pertes de sang ont « une influence très fâcheuse sur les suites de la trachéoto- « mie. » (Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1861.)

Le mandrin-trachéotome, manœuvré comme nous l'avons prescrit..., c'est-à-dire, *sans* précipitation, offrira donc une sécurité complète, et la laryngotomie *inter-crico-tyroïdienne* sera une bonne et facile opération, à la condition *sine qua non* suivante :

« Que le *sommet* et le *bord tranchant* de la lame de ce man- « drin couperont *excessivement bien.* »

C'est le vrai moyen d'être sûr de ce que l'on fait, et d'éviter jusqu'à la moindre tendance à l'employer comme un trocart.



Notre instrument n'est point un trocart !

Nous l'avons écrit et répété. De même que nous avons dit :

« *Le mandrin-trachéotome n'a pas pour but de supplanter le* « *bistouri.* »

Mais pour la trachéotomie immédiatement nécessaire, nous croyons qu'il rendra de véritables services. Et dans les mains des praticiens auxquels il *répugnera* d'user de la pointe, il sera un instrument d'urgence pour une opération d'urgence. « La « trachéotomie est une opération que les médecins sont plus

« souvent que les chirurgiens appelés à pratiquer » (Trousseau).

A notre connaissance, le mandrin n'a pas encore été utilisé sur le vivant. Il a été principalement essayé sur des cadavres d'adulte, surtout devant MM. les professeurs *Duplouy* et *Léon* de l'Ecole de Rochefort.

Nous pensons que ces éminents confrères ont apprécié, comme nous-même, l'aisance avec laquelle l'instrument, *en très bon état*, permet d'exécuter la laryngotomie.

Répétons donc que :

Pour mener à bien cette opération, il suffit, le larynx étant préalablement saisi à la manière de Saint-Germain : « D'in-
« ciser la peau depuis le bord inférieur du thyroïde jusqu'à
« la saillie du cricoïde, rigoureusement sur la ligne médiane.
« De continuer, presque lentement, en usant, pour ainsi dire,
« avec la lame promenée de haut en bas, puis de bas en haut
« dans l'incision, le *ligament conique.* » (Membrane crico-thy-
« roïdienne.)

« On sent bientôt le vide : on a conscience que l'on est dans
« le larynx. Le mandrin est lestement retiré de sa canule, et
« sans brusquerie, l'on *tourne court* sur le bord supérieur du
« cricoïde, ce qui fait pénétrer sûrement cette canule dans le
« tube laryngo-trachéal. »

Il n'y a pas longtemps qu'on a encore discuté pour établir, au juste, si la canule classique pouvait passer dans l'espace *inter-crico-thyroïdien*. Les mensurations de MM. *Farabeuf*, de *Launay*, *Krishaber*, les expériences du Dr *Jacolot* (de Lorient), les nôtres, ont prouvé le fait d'une manière péremptoire.

Les anciens le connaissaient très probablement, puisque *Sabatier* (in édition 1824. Revue par *Dupuytren*, *Samson* et *Bégin*, a bien décrit le *losange* crico-thyroïdien, lui donnant 9 *millimètres* de hauteur, sur 13 *millimètres* de largeur. (T. IV, p. 80.)

Privé de cadavres d'enfants, nous avons souvent essayé — faute de mieux — le mandrin sur des petits animaux, et toujours il a répondu à nos espérances.

Assez récemment nous l'avons montré à de nombreux et sa-

vants confrères. Bien plus, nous l'avons expérimenté sous leurs yeux.

Qu'il nous soit permis, pour *aujourd'hui*, de ne pas insister sur ces faits!

Bornons-nous à déclarer que la pénurie de cadavres dans une salle d'autopsies (un seul cadavre de femme!) nous a obligé à voir exécuter d'abord — on ne pouvait agir autrement — et nous a entraîné à pratiquer ensuite la trachéotomie *inférieure*, opération pour laquelle le mandrin n'a pas été conçu et ne doit point être employé!

Nous l'avons écrit, dit et répété.

En outre, nous avons constamment précisé dans les diverses explications utiles à notre cause, que la trachéotomie *inférieure* n'était plus usitée de nos jours.

C'était donc trop exiger de l'instrument; lui demander même l'impossible.

De là, selon nous, plusieurs malentendus, des déductions prématurées, et certaines objections, réfutées en partie dans ce qui précède.

Quoi qu'il en soit, ce court résumé nous amène à formuler, de nouveau, notre pensée, en concluant :

« Que le *mandrin-trachéotome* est surtout un instrument pour « les cas d'*urgence* ;

« Qu'il convient plutôt aux médecins peu disposés à manier « le bistouri, mais sachant parfaitement saisir le larynx ;

« Que, par son moyen, on pourra exécuter *seul* la trachéo- « tomie, sans aide spécial ;

« Que, chez l'enfant, on ne fera *que* la trachéotomie *supé-* « *rieure*. (Crico - trachéotomie, trachéotomie juxta - cricoï- « dienne.)

« Que, chez l'adulte, on pratiquera *toujours* la laryngotomie « *inter crico-thyroïdienne* et, à la rigueur, la trachéotomie « *juxta-cricoïdienne* en côtoyant intimement le bord inférieur « du cricoïde » (1).

(1) Voir le numéro d'avril 1883 des *Annales de gynécologie* pour la description du mandrin-trachéotome. L'instrument a été perfectionné depuis.

II

UTILITÉ D'UN DILATATEUR.

Aujourd'hui, nous venons proposer, aux médecins qui *préfèrent* le bistouri, un instrument qui a pour but :

1° D'assurer et de simplifier la *dilatation* de l'incision de la trachée ;

2° De garantir l'*introduction* de la canule dans cette trachée.

Des expériences fort simples, même banales, nous ont conduit à l'imaginer.

Nous déclarons aussi que nos recherches faites dans les publications les plus modernes sur la trachéotomie, pour trouver quelque engin analogue à celui que nous présentons, ont été stériles.

Au surplus, le principe sur lequel il repose est différent de celui qui a régi la construction de la plupart des dilatateurs connus dans la science : tels que ceux de Trousseau, Guersant, Marjolin, Laborde, Gendron, Garnier, lesquels agissent tous plus ou moins comme des pinces dont on écarte les extrémités quand il est besoin.

Notre instrument, on le verra bientôt, est *dilatateur* et *conducteur* tout à la fois.

Ce n'est pas un instrument distinct, ou à part.

Avec la grande majorité des praticiens, nous sommes partisan de la dilatation de l'incision trachéale pour introduire la canule.

« Le dilatateur est indispensable, a dit Trousseau : j'ai une « seule fois perdu un enfant pendant l'opération, parce que, « privé de cet instrument, je n'ai pu pénétrer assez tôt dans la « trachée. » (*Clinique*, p. 416.)

Ce savant maître qui, en 1865, avait fait 200 trachéotomies, regardait l'introduction du dilatateur comme une manœuvre exigeant quelque habitude.

Souvent, il lui arriva d'en fourvoyer l'extrémité entre les

muscles, ou de n'introduire qu'une de ses branches dans la trachée.

Aussi, recommande-t-il de procéder avec lenteur, et de l'enfoncer aussi profondément que possible.

Le dilatateur, une fois bien placé, servira de guide à la canule (*loc. cit.*, p. 421).

P. Guersant, l'habile chirurgien, qui exécuta plus de 300 trachéotomies (*Notices sur la chirurgie des enfants*, 1864-1867, p. 42) et possédait une expérience énorme, a dit aussi : « Que « l'introduction de la canule est un temps très difficile de l'o« pération. » Son dilatateur a été fort apprécié.

Faisons remarquer que ces maîtres ne pratiquaient que la trachéotomie *inférieure*, et qu'opérant ainsi dans une région dangereuse, où le tube aérien est non seulement profond, mais aussi très mobile, ils devaient rencontrer plus de difficultés que les chirurgiens modernes qui n'exécutent guère que la trachéotomie *supérieure*.

On a renoncé à l'opération de Trousseau et de Guersant, sans négliger, toutefois, leurs meilleurs préceptes.

Le Dr Pouquet (*in Thèse inaugurale*, 1863) a essayé de faire bannir le dilatateur de la pratique, sous prétexte que l'instrument est souvent un obstacle par la place qu'il tient dans la trachée, surtout quand elle est étroite ; et que, lorsque l'incision trachéale est médiane, rectiligne et suffisamment longue, il est bien rare qu'on ne puisse introduire aisément la canule. Malgré ses efforts, basés sur une grande expérience de l'opération, très peu de médecins ont renoncé à l'emploi du dilatateur.

Le Dr Sanné (*Traité de la diphthérie*, p. 503), quoiqu'il semble adopter l'opinion du Dr Pouquet, ne proscrit pas, néanmoins, cet instrument, auquel il reconnaît des avantages. Il en a, du reste, imaginé un qui n'est, en réalité, que le *ténaculum double* de *Langenbeck*, dont les griffes ont été augmentées de courbure et émoussées.

Le Dr de Saint-Germain, enfin, aussi favorisé que P. Guersant, puisqu'il a exécuté, comme lui, *plusieurs centaines* de

trachéotomies, a déclaré : « Qu'il préférait opérer *plutôt* sans « canule que sans dilatateur. » (*In Gilette. Chirurgie journalière*, p. 615.)

La question est donc, pour nous, jugée sans appel. Et notre *dilatateur*, soit dit une fois pour toutes, appartient à l'espèce de ceux qui se posent dans la *partie supérieure* de l'incision de la trachée.

III

EXPÉRIENCES.

En réfléchissant à la dilatation de la plaie trachéale par les dilatateurs mécaniques ordinaires, nous nous sommes demandé si, au lieu de l'obtenir avec des instruments dont on écarte les branches, on ne pourrait pas arriver au même résultat, d'*emblée*, sans la moindre violence, avec un engin très simple, rigide, inoffensif.

C'est alors que nous avons pensé à un fait vulgaire, que chacun pourra vérifier, mais dont personne, jusqu'à ce jour, n'a tiré profit pour la trachéotomie.

Voici ce fait :

A. — Prenez un *scalpel* dont le manche, dans sa moitié inférieure, à peu près, soit taillé à la façon d'une spatule droite, et dont l'extrémité inférieure soit mince et mousse.

B. — Perforez avec ce scalpel un tissu quelconque : drap, flanelle, cuir pas trop épais, peau fraîche, *tendu* de gauche à droite, sensiblement de haut en bas, au-dessus d'un plan résistant, et coupez-le sur une longueur de 2 centimètres à 2 centimètres et demi.

C. — Introduisez alors l'extrémité mousse dans la boutonnière ainsi faite, et, *dès* qu'elle appuiera sur le plan, tournez-la sur elle-même pour la mettre *en travers*.

« Vous obtiendrez ainsi une dilatation de cette boutonnière « égale à 1 centimètre, si le manche a une telle largeur au niveau de ses lèvres. »

D. — Par ce mouvement de pivot, le manche du scalpel est donc devenu *perpendiculaire* à la direction de l'incision. Et

si, dès qu'on l'aura conduit vers l'angle supérieur de cette incision, on remplace la main droite par sa congénère pour maintenir la dilatation, on verra que ladite boutonnière *bâillera au-dessous* de ce dilatateur improvisé.

E. — La forme générale de l'ouverture est celle d'un *losange* divisé en deux parties inégales :

L'une, à gauche, est un très petit triangle supérieur au manche.

L'autre, à droite, est un grand triangle inférieur et *béant.*

« De sorte que, si l'on veut introduire une canule dans ce « dernier, il suffit de la poser sur la partie plate du manche, « et de suivre ce *court tramway*, pour la voir s'engouffrer jus-« qu'au plan résistant qu'elle *doit* bien sentir. »

F. — A cet instant précis, l'instrument est retiré par la main gauche, tandis que la droite, par une bascule de haut en bas et d'avant en arrière, enfoncera la canule *derrière* le tissu tendu et en avant du plan résistant. (Parois antérieure et postérieure d'un canal incomplet.)

Sans conteste, il y a là le simulacre grossier d'une *trachéotomie:* le tissu coupé figurant en quelque sorte la paroi antérieure, saillante et comme tendue du tube laryngo-trachéal.

L'expérience peut encore être plus banale :

Il suffit de la répéter sur une boutonnière d'habit, avec un couteau à papier assez étroit, ou une spatule de trousse, pour comprendre, de suite, ce mode de dilatation.

Nous ne parlerons pas davantage de ces faits, persuadé que nous en avons assez dit pour démontrer le principe sur lequel est basée l'action de notre *trachéotome à manche dilatateur.*

Si l'on expérimente, à présent :

Soit sur un larynx d'agneau ;

Soit sur le tube laryngo-trachéal d'un mouton ;

Soit sur les mêmes organes du lapin, du lièvre, ou d'autres mammifères, on verra que :

Quelle que soit l'opération pratiquée :

Crico-trachéotomie, *trachéotomie juxta-cricoïdienne*, ou *trachéotomie pure*, l'on obtiendra sans cesse une ouverture de

forme triangulaire égale, dans sa partie la plus vaste, à la largeur du manche, au niveau des lèvres de l'incision, et qu'une canule y pénétrera facilement.

Ces expériences, souvent répétées, nous font croire :

« Qu'en guidant une canule exactement sur la partie plate « d'un manche approprié, il est presque impossible, chez l'en« fant, de manquer l'introduction de cette canule dans la tra« chée, surtout si l'on perfectionne le conducteur comme nous « le dirons ultérieurement, et si la canule est à biseau, il est « certain que la même ouverture sera aussi bien tenue béante « par un dilatateur mécanique. »

Nous avons essayé, dans ce but, le *ténaculum double* de *Langenbeck.*

Nous ajouterons même que cet instrument, ouvert à 15 millimètres, c'est-à-dire au *maximum*, — ce qui peut bien arriver pendant une trachéotomie, — fait bâiller l'incision outre mesure ; d'où certains inconvénients.

Si vous pratiquez, en effet, une plaie pénétrante de *deux centimètres*, aux ventricules du cœur, et que vous ouvriez au maximum, le dilatateur de *Langenbeck*, après l'avoir posé dans l'angle supérieur, vous verrez le tissu de l'organe se déchirer, et l'incision augmenter d'une manière sensible.

Nous ne prétendons pas que sur un enfant trachéotomisé les choses se passent d'une façon identique.

Cependant, nous craindrions d'*ancrer* solidement *dans* l'angle supérieur de la plaie d'une crico-trachéotomie, ou d'une trachéotomie juxta-cricoïdienne, comme le veut le Dr Sanné pour son dilateur (*loc. cit.*, p. 505), même l'instrument de ce praticien, parce qu'il pourrait arriver,

D'une part ;

Que l'on blessât les cordes vocales ;

Et de l'autre :

Que si le ressort agissait mal, on fût porté à ouvrir excessivement le dilatateur.

De là, on le conçoit, une distension quasi-brutale des lèvres

de la plaie, et la possibilité de l'*entorse*, sinon de la *luxation* des articulations crico-thyroïdiennes.

Le tenaculum double, ainsi que tous les dilatateurs analogues, ne doivent pas, il est vrai, être ouverts le plus possible. On prescrit de ne les ouvrir que moyennement; ce qui n'est pas toujours facile pendant l'opération. Mais si nous reconnaissons leur grande utilité, nous n'en déclarons pas moins que ce sont des engins spéciaux, assez coûteux, et munis d'un ressort qui peut mal fonctionner au moment opportun; tandis que notre *dilatateur-conducteur* n'est autre que le *manche* même de la lame avec laquelle on ouvre la trachée.

IV

DESCRIPTION.

Pour construire cet instrument, nous avons adopté la *lame* du bistouri *cannelé* et *gradué* du D[r] DUBAR. On trouvera sa description dans le n° du 15 juin 1879, p. 501, du *Bulletin de thérapeutique.*

Elle a pour avantages :

1° De posséder sur la face qui regarde l'opérateur, une graduation constituée par trois crans superposés :

Le premier, à *un centimètre* de la pointe.

Le second, à *un centimètre et quart* (13 millimètres environ).

Le troisième, à *un centimètre et demi.*

Une telle graduation, basée sur les nombreuses expériences de Saint-Germain, et sur celles si précises du D[r] Dubar, est très commode. Elle donne à l'opération une sécurité absolue, en ce sens qu'elle fixe, à l'avance, la portion de lame à introduire d'emblée dans les tissus pour atteindre la cavité de la trachée-artère sur les enfants.

A moins, toutefois, qu'il n'y ait un développement anormal de la couche graisseuse sous-cutanée, — fait exceptionnel — dont on aura du s'assurer, au préalable, en pinçant la peau

entre les doigts. (Voir le remarquable travail du Dr Dubar, nos de mai et juin 1879, du *Bulletin de thérapeutique*.)

2° La *cannelure* située sur la même face a pour but de garantir, dans tous les cas, la production d'un *sifflement avertisseur*, à l'instant même où la pointe pénètre dans le tube laryngo-trachéal.

Donc, avec cette lame : « on a toujours les moyens suffi-
« sants de reconnaître qu'on est entré dans les voies
« aériennes. »

Sa longueur, au lieu d'être de 41 millimètres, depuis la pointe jusqu'au manche, comme dans le modèle du Dr Dubar (*in Bulletin* du 15 juin 1839), ne sera que de 36 millimètres. Par ce moyen, le manche sera plus court, et la lame aura un chemin moins long à parcourir *dans* son intérieur.

On pressent que :

Au lieu d'être articulée comme celle des bistouris ordinaires, elle sera logée dans un manche particulier, dont elle sortira, en tout, ou en partie, au gré du chirurgien.

« Prenons, en effet, un *grattoir à papier*, en ébène, dont la
« lame, *mobile*, est fixée à ce ressort si connu, actionné par
« un simple bouton, qui permet de la faire saillir, ou de la
« dissimuler, sous la seule poussée, ou le retrait du pouce.
« Remplaçons la lame de ce grattoir par celle que nous avons
« choisie, et nous aurons alors, sauf des différences de pro-
« portions, et certains détails de construction, le *trachéotome*
« à *manche dilatateur-conducteur*. »

Voici ses dimensions et ses particularités :

« Longueur du manche = 95 millimètres.

« Largeur = 14 millimètres, y compris les deux pans
« coupés.

« Epaisseur = 8 millimètres.

« Largeur et épaisseur, diminuent en allant vers les extré-
« mités.

« L'ouverture de sortie = 6 millimètres. Elle est presque
« carrée, s'adapte à la même forme de la base de la lame, et

« est munie, à droite et à gauche, d'une petite encoche pour « le libre passage de cette dernière,

« La face supérieure du manche offre une fente médiane. « antéro-postérieure, longue de 40 millimètres. C'est le che- « min suivi par le bouton du ressort. »

Quant à sa partie inférieure, elle est disposée comme il suit :

« Sur une étendue de 4 centimètres, depuis le dessous du « bouton, jusqu'au point le plus déclive, ce manche est aminci « graduellement sur ses deux faces, comme si on leur avait « enlevé un même copeau d'ébène, à plein tranchant.

« Sa largeur diminue aussi, car ses deux côtés convergent « vers l'extrémité inférieure.

« Il est donc spatuliforme, et son extrémité arrondie, « mousse, inoffensive, épaisse d'un *demi-millimètre* environ, « est large de 6 à 7 millimètres. — C'est la mesure moyenne « des diamètres *transversal* et *antéro-postérieur* de la trachée. « chez les petits enfants de 18 mois à 4 ans. (Dr Boissier, « d'après Bœckel, thèse inaugurale, 1877, p. 23.)

« A 15 millimètres de l'extrémité inférieure, la largeur du « manche est de 11 à 12 millimètres. Au delà, elle augmente « de manière à avoir 13, 14, à 15 millimètres à peu près au ni- « veau de la ligne où commence la réduction de l'épaisseur.

« Dans cette région, vu de profil, le manche est prismati- « que. Ses pans coupés ont fait place à des arêtes vives. Son « épaisseur = 4 millimètres, au plus; elle va en diminuant « peu à peu vers l'extrémité inférieure. Ses deux côtés, sur « une longueur de 3 centimètres, estimée à partir de la saillie « mousse, terminale, sont garnis de petites stries parallèles, « verticales, distantes d'un 1/2 millimètre. » (Voir le dessin.)

« Enfin, détail des plus importants, sur chaque face de la « *spatule* du manche, il y a un *gorgeret* conducteur, profond « d'*un millimètre et demi*, large de 9 *millimètres* à son origine, « diminuant de largeur et de profondeur en allant vers l'ex- « trémité mousse avec laquelle chaque gorgeret se confond.

« Il pourrait fort bien n'y avoir *qu'un seul* gorgeret. Le

« manche en serait plus mince. Mais, afin d'éviter jusqu'à la « plus petite chance d'erreur dans sa manœuvre, il vaut « peut-être mieux en établir *deux*. »

Telles sont les explications indispensables pour fabriquer notre trachéotome. Il va sans dire que le manche d'ébène sera fini, bien poli ; que le ressort sera presque doux ; que le bouton sera plutôt large à fin de donner au pouce un bon appui, et de faciliter ainsi la *poussée*, ou le *retrait* de la lame.

V

MODE D'EMPLOI.

Pas n'est besoin de rappeler ici les indications de la *Trachéotomie* chez les enfants atteints du *croup*.

Nous croyons que cette maladie, certaine, confirmée, peut guérir spontanément ou à la faveur d'un traitement presque exclusivement général, ultra-tonique, aidé de quelques moyens locaux antiseptiques, tout à fait inoffensifs.

Nous estimons aussi que le traitement *médical* doit d'abord être employé, et que, dès qu'il est reconnu impuissant, il y a lieu de penser à la trachéotomie.

Le Dr *Sanné*, dans son traité de la diphthérie, convient bien que la guérison du croup est rare. Néanmoins, sur 2,824 cas relevés par lui, il affirme que 204, c'est-à-dire 1 sur 13 environ, ont pu guérir sans réclamer l'intervention chirurgicale.

Malgré sa modestie, notre pratique a enregistré *cinq* cas de guérison de croup (2 secondaires à la scarlatine et à la rougeole; les trois autres suites d'angine couenneuse).

C'est donc un peu à la légère, d'après nous, que, même dans ces dernières années, on a formulé des conclusions du genre de celle-ci : « Jamais, quand le croup est confirmé, il ne guérit sans opération. »

Avec *Archambault*, nous pensons encore que : « s'il n'est « jamais trop tard pour trachéotomiser, il ne faut point attendre la période ultime du croup pour s'y décider. »

Et nous dirons avec la presque universalité des praticiens : « que du moment où l'asphyxie menace de tuer, par sa per- « manence, le croupeux, ce qui correspond le plus souvent à « la fin de la deuxième période de la maladie, il faut toujours « l'opérer, quel que soit son âge et quelle que soit la gravité « de son état général ; fût-il même à l'agonie. »

(Voir, à ce sujet, la discussion mémorable de la Société médicale des hôpitaux, juin 1867; in Tribune médicale, n° du 6 octobre 1867. Résumé et conclusions, par *Marchal* (de Calvi). Voir également l'argumentation de *Trousseau-Millard* (clinique de l'Hôtel-Dieu, 1861).

Telle était, à l'époque, l'opinion de MM. *Archambault*, *Potain*, *Dumontpallier*, *Bartheu*, *Roger*. C'est aussi la manière de voir des praticiens les plus autorisés, tels que MM. *Bergeron*, *de Saint-Germain*, *Sanné*, *Boissier*, *Dujardin-Baumetz*, partisans convaincus de l'opération..... quand même, dans l'immense majorité des cas.

On n'admet guère, aujourd'hui, qu'une *seule* contre-indication : l'*absence d'asphyxie laryngée.*

Il est juste de rappeler qu'*Archambault*, l'un des premiers, avait bien prouvé que, même *in extremis*, la trachéotomie procurait encore d'assez nombreuses et véritables résurrections.

Ce fait vient de recevoir une récente et éclatante confirmation de la part d'un médecin belge, M. le D[r] (Léon) Desguin.

« Un cas presque extraordinaire de guérison du croup après « la trachéotomie pratiquée par cet habile chirurgien, sur « un enfant dont on n'attendait, en quelque sorte, que le der- « nier soupir, a été publié *in extenso* dans le n° de septembre « 1883, des *Annales de la Société de médecine d'Anvers.* »

En conséquence :

Que ce soit la *crico-trachéotomie* en *un seul temps*, comme la pratique habituellement le D de Saint-Germain.

Que ce soit la trachéotomie *juxta-cricoïdienne*, en *un seul temps*, aussi conseillée par le D[r] Dubar, à partir de l'âge de 4 ans 1/2 à 5 ans; ou en *deux temps*, selon le procédé de *Bourdillat* ; il faudra toujours préalablement saisir avec les doigts

de la main gauche le larynx, le faire saillir, et l'immobiliser.

Pour ne pas répéter ici les détails d'une opération connue, nous supposerons ce qui suit :

« L'incision trachéale est bien faite et celle de la peau des-
« cend plus bas, comme il est de règle.

. . . .

« Alors, on retirera vite le *trachéotome* de la plaie, et, tout
« en le retournant dans la main, on pressera avec le pouce
« sur le bouton pour rentrer complètement sa lame, de ma-
« nière à utiliser sur le champ l'extrémité spatulaire, mousse,
« inoffensive du manche.

« Pendant ces rapides manœuvres, exécutées à la seconde,
« les doigts de la main gauche ne doivent, sous aucun pré-
« texte, abandonner le larynx qu'ils tiennent, mais préparer,
« au contraire, une voie facile à l'introduction du dilata-
« teur.

« La pression qu'ils exercent sur les côtés de l'organe fera
« bâiller la plaie.

« Et c'est dans cette plaie béante, profonde de 16 à 17 milli-
« mètres, en moyenne, chez les enfants au-dessous de 4 ans,
« et au moins de 18 à 19 à 20 millimètres de 4 ans à 12 ans,
« en général (d'après les expériences précises et les calculs du
« Dr Dubar), qu'il faut plonger, sans perdre de temps, mais
« avec attention, l'extrémité mousse de l'instrument.

« On l'enfoncera donc *profondément*, jusqu'à ce qu'elle sente
« la résistance de la paroi postérieure du tube laryngo-tra-
« chéal.

« A cet instant précis, la main gauche abandonnera le la-
« rynx, et presque simultanément la droite fera pivoter sur
« place le dilatateur, pour le mettre *en travers* de toute la
« plaie ; le bouton du ressort regardant la *paume* de cette
« main.

« La main droite, enfin, poursuivant son œuvre, le con-
« duira ainsi *en travers* dans l'angle supérieur, et le confiera
« à la main gauche pour assurer la dilatation. Cette dernière

« manœuvre, simple et facile, doit être exécutée sans se « presser. »

Vu la forme et les dimensions de l'instrument, la plaie, à son ouverture cutanée, sera dilatée à 11, 12, 13 millimètres, suivant la profondeur à laquelle on l'aura enfoncé. Ceci se comprend, de reste, puisque le manche a la forme d'une spatule. Tandis qu'à l'ouverture trachéale, la dilatation sera plus petite, — *sept millimètres au minimum*, — mais très suffisante, on le voit, pour admettre une canule chez les petits enfants. « Nous avons déjà dit, d'après *Boissier* et *Bœckel*, de « Strasbourg, que les diamètres antéro-postérieur et trans- « versal du larynx, à 18 mois, étaient de 7 millimètres, en « moyenne. »

« Le dilatateur est donc *en travers* dans la partie supérieure « de l'incision trachéale. La main gauche doit l'y tenir *immo-* « *bile*, sans tirer ni forcer dans aucun sens.

« La canule est aussitôt présentée par sa convexité, à la « concavité du gorgeret, *au-dessous* du bouton du ressort.

« Ce dernier est un repère infaillible.

« Et c'est en suivant *intimement* et *toujours* ce gorgeret, « que l'on enfoncera la canule profondément, jusqu'à ce que, « sans cesser un seul instant d'être en *contact* avec lui, elle « rencontre bien la *résistance* de la paroi postérieure du tube « aérien. »

Alors, seulement alors, on ôtera lestement le dilatateur, et, par une bascule de haut en bas et d'avant en arrière, la canule sera poussée presque à bloc dans la trachée.

On voit donc que : « une fois le dilatateur placé là où il faut, « nous ne relevons pas l'opéré sur son lit pour qu'il respire « mieux, soi-disant. »

Nous mettons en pratique les idées du Dr de Saint-Germain, exprimées par le Dr Boissier (*loc. cit.* p. 65) en ces quelques mots :

« Rien ne vaut l'introduction rapide de la canule pour ar- « rêter l'hémorrhagie et faciliter la respiration. »

Nous ne parlerons pas plus longtemps de la manœuvre de

ce nouvel engin. Chacun a compris de suite son mode d'action et la sécurité qu'il doit offrir pour la prompte exécution de la trachéotomie. Nous résumerons donc, en terminant, sous forme de conclusions, les avantages qu'il nous paraît posséder.

VI

CONCLUSIONS ET RÉFLEXIONS.

1° Le trachéotome à *dilatateur-conducteur* ou, si on l'aime mieux, à *manche à gorgerets*, n'est pas, en réalité, un instrument spécial. Comme pointe et lame, il servira, en effet, aux incisions et débridements superficiels, ainsi qu'à l'ouverture des abcès peu profonds.

2° Lame, dilatateur, conducteur, ne font qu'un seul instrument, léger, maniable, se plaçant dans la trousse et facile à entretenir. Un seul gorgeret est très suffisant.

Mais, comme la manière de le pivoter sur place peut varier suivant l'opérateur, et qu'il peut oublier de tourner le manche de telle sorte que le bouton du ressort regarde la *paume* de sa main droite, lorsqu'il est *en travers* de toute la plaie, il est préférable détablir *deux* gorgerets, ce nous semble.

3° Le prix, fort modique (5 francs), invite les praticiens à se procurer *deux* modèles :

L'un, avec les dimensions déjà connues, et même un peu moindres, — 6 millimètres à l'extrémité mousse, — conviendrait plutôt aux enfants de 18 mois à 3 ans;

L'autre, avec des proportions plus fortes de quelques millimètres, serait celui des enfants plus âgés.

4° On pourrait aussi, sur un *seul corps* de manche, emboîter 2, 3, 4 extrémités ou portions spatulaires correspondant, suivant une graduation facile à obtenir, à chacun des numéros des canules classiques?

Cependant, nous estimons ce luxe au moins superflu.

Et de même, pour la construction d'un engin *spécial*, ayant

la forme décrite, déprimé en gorgeret superficiel sur ses deux faces, et fabriqué soit en bois, ivoire ou métal.

Nous avons eu aussi l'idée d'un instrument analogue, à conducteur installé comme deux *rails* parallèles, terminés par des saillies mousses, incapables de s'accrocher aux tissus.

Nous croyons que notre trachéotome à *manche à gorgerets*, est préférable, vu sa simplicité, à tous égards, aux dilatateurs pourvus d'un ressort, n'agissant que par ce ressort, et qu'il peut les remplacer avantageusement.

5° L'ouverture qu'il produit est maintenue *béante* avec une grande facilité.

On n'a point à s'occuper de *presser* plus ou moins le dilatateur.

On n'a pas à *craindre* la moindre lésion des cordes vocales.

L'*élasticité* incontestable du tube laryngo-trachéal favorise beaucoup le mécanisme de ce genre de dilatation.

6° En résumé, le chirurgien a en mains l'*excellente* lame du Dr Dubar. Il peut opérer *seul*, ou sans aides spéciaux, à condition de bien immobiliser l'enfant dans des couvertures.

Et s'il ne se croit pas sûr, même avec la *graduation* pour guide, de bien limiter, au moyen de son médius, la partie de lame qu'il faut enfoncer, d'*emblée*, dans les voies aériennes, il pourra, par un simple artifice, donner à son opération toute la sécurité désirable.

Il lui suffira donc de rentrer, à l'avance, dans le manche du trachéotome, la portion de lame inutile, en ne *laissant saillir* que ce qu'il faut pour plonger, sûrement, et d'*emblée*, dans le tube laryngo-trachéal (*un centimètre et quart*).

Le *pouce*, placé d'une manière fixe sur le bouton du ressort, sera évidemment le régulateur certain, même pendant la nuit, de la quantité de lame nécessaire à l'opération.

Notre *trachéotome* à *manche à gorgerets*, pourra être modifié comme dimensions, mais nous croyons que le mode de dilatation qu'il met en œuvre est excellent.

Muni, à la rigueur, des *deux modèles* dont nous avons parlé,

le chirurgien devra suffire aux exigences de la trachéotomie chez les enfants (1).

REVUE CLINIQUE.

MATERNITÉ DE PARIS. — SERVICE DE M. TARNIER

NOTE SUR UN CAS DE BASSIN VICIÉ PAR L'OSTÉOMALACIE.

QUATRIÈME ACCOUCHEMENT A TERME. — CÉPHALOTOMIE. GUÉRISON.

Par **A. Auvard**, interne à la Maternité.

Le 29 septembre 1883, entrait à la Maternité de Paris une femme âgée de 36 ans, enceinte pour la quatrième fois et dont l'histoire était la suivante.

Elevée et mariée en Savoie, cette femme, sauf une variole dans son enfance, avait été ordinairement bien portante.

Réglée à 13 ans 1/2, elle se maria à l'âge de 27 ans, en 1874, et eut un enfant l'année suivante. Elle vint à Paris en 1875. En 1876, nouvelle grossesse, pendant les derniers mois de laquelle elle tomba malade sans être toutefois obligée de garder le lit. Elle se sentait simplement fatiguée, brisée, obligée de se reposer souvent et de rester au lit de temps en temps. Elle accoucha normalement, et ne se décida à entrer à l'hôpital Saint-Antoine que l'année suivante, en 1877.

A l'hôpital elle resta couchée pendant deux mois. Elle était obsédée alors de douleurs générales dans tous les membres. Chaque fois qu'elle voulait faire un mouvement, elle éprouvait

(1) Nous avons l'honneur de prévenir nos confrères que notre instrument est fabriqué par M. Creuzan, fournisseur des hôpitaux et de la Faculté de médecine, à Bordeaux.

des souffrances assez vives; elle avait, disait-elle, la sensation d'os qui se cassaient. En dehors des mouvements, elle souffrait peu.

Le diagnostic aurait été à ce moment, au dire de la patiente, maladie de la moelle, paraplégie.

Rentrée chez elle, elle ne tarda pas à redevenir enceinte, et, arrivée au cinquième mois de sa grossesse, elle fut obligée de garder complètement le lit jusqu'au moment de l'accouchement, qui eut lieu en novembre 1878. Elle ne recommença guère à se lever qu'au mois de janvier suivant. L'accouchement n'avait présenté aucune difficulté, l'enfant était né vivant et bien portant.

A partir de janvier 1879, il y eut amélioration progressive dans l'état de cette femme jusqu'en 1881, époque à laquelle la malade, sans avoir recouvré toutes ses forces, pouvait se livrer à ses occupations habituelles. C'est au commencement de l'année 1883 qu'eut lieu le début de la grossesse actuelle.

Examen de la malade. — Aucun indice dans l'examen extérieur de la malade ne fait prévoir un vice de conformation quelconque du côté du squelette pelvien.

La grossesse actuelle a, d'ailleurs, été fort bonne. A aucun moment il n'y a eu d'état maladif.

L'inspection de l'abdomen ne fournit aucun renseignement spécial; le volume est celui d'une grossesse à terme.

La palpation est rendue difficile par la rigidité de la paroi utérine, qui n'est plus distendue par le liquide amniotique, et qui présente des contractions très fréquentes. Cependant au-dessus du détroit supérieur on sent une partie fœtale unie, arrondie, un peu mobile, qui donne assez bien les caractères d'une tête n'ayant pas encore pénétré dans l'excavation.

Les bruits du cœur fœtal sont normaux et ont leur maximum du côté gauche, un peu au-dessous de l'ombilic.

En faisant pénétrer l'index dans le vagin, on est de suite frappé par l'étroitesse transversale du squelette au niveau des deux branches ischio-pubiennes et l'attention étant éveillée par cette première constatation, en portant l'autre main sur la

symphyse pubienne, on s'aperçoit facilement qu'elle fait une saillie très considérable en avant en forme de rostre.

Ce resserrement des branches ischio-pubiennes, la saillie de la symphyse, mettent de suite sur la trace du diagnostic, et, en cherchant les différents autres caractères de l'ostéomaclacie, on ne tarde pas à s'apercevoir que le cas est absolument typique.

En pénétrant plus avant dans le vagin, on trouve le col utérin très élevé, placé au niveau du détroit supérieur, avec une dilatation grande comme la paume de la main environ. Le sommet se présente ; vu la hauteur de la tête, la position est à peu près impossible à déterminer nettement, d'autant plus qu'il y a une bosse séro-sanguine assez épaisse.

Se dirigeant en arrière, le doigt ne tarde pas à rencontrer le promontoire, qui fait une saillie assez notable. Ce promontoire est abaissé ; le plan du détroit supérieur se rapproche beaucoup plus de l'horizontale qu'à l'état normal.

Le diamètre promonto-sous-pubien est difficile à déterminer, car l'index ne peut, en avant, se glisser jusque sous le ligament triangulaire, la gouttière qui sépare les branches ischio-pubiennes est trop étroite pour le permettre. En essayant de mesurer approximativement ce diamètre, on voit qu'il peut être chiffré environ à 9 centimètres.

La distance, qui sépare le promontoire de la partie la plus postérieure de la gouttière précédente, est environ de 6 centimètres 1/2; c'est le diamètre utile, celui que la tête va avoir à franchir, et il n'y a pas lieu de faire de déduction ou seulement une très faible pour avoir le diamètre réel, vu l'abaissement du promontoire.

La face antérieure du sacrum est fortement concave en avant.

Les deux branches ischio-pubiennes, très rapprochées dans leur partie pubienne ou antérieure, s'éloignent l'une de l'autre dans leur partie ischiatique, de manière à permettre un certain écartement des deux tubérosités qui les terminent. La dis-

tance qui sépare ces ischions, mesurée au dehors, à travers les parties molles, est environ de 7 centimètres.

La consistance des os est normale et le bassin semblable dans ses deux moitiés; la symétrie en est assez parfaite.

Les mensurations externes du bassin ont fourni les résultats suivants :

Distance entre les deux épines iliaques antéro-supérieures............................	22
Distance entre les deux crêtes iliaques.......	26
Diamètre conjugué externe de la première apophyse épineuse sacrée à la symphyse pubiennne............................	17.5

En faisant coucher la malade sur le côté et en examinant la face externe du sacrum, on voit qu'il présente une convexité très exagérée. En moulant sur la surface de cet os une lame de métal malléable, et en reportant sur le papier la courbe ainsi obtenue, nous avons trouvé qu'elle représentait assez bien un segment de cercle ayant un rayon de 8 centimètres.

En portant les extrémités du compas de chaque côté du bec formé par la symphyse pubienne, à environ 3 centimètres du sommet, on voit que l'écartement des deux branches pubiennes est, à ce niveau, de 5 centimètres.

Tout le reste du squelette est absolument normal. La taille de la malade est de 1m40.

Opération. — Entrée le matin à onze heures, la malade est opérée à 2 heures par M. Tarnier.

Les dimensions du bassin sent telles qu'on pratique de suite la perforation du crâne avec l'instrument de Blot.

A la suite de la perforation, on applique le céphalotribe fenêtré de Bailly, qui saisit solidement la tête. Le broiement opéré, on fait faire à l'instrument un quart de tour pour placer les diamètres comprimés et réduits de la tête fœtale dans le diamètre antéro-postérieur du bassin. Il est impossible, malgré des tractions un peu prolongées, de faire l'extraction.

L'instrument, qui n'a pas lâché prise, est désarticulé et

enlevé, puis immédiatement réappliqué dans le diamètre transverse du bassin, de manière à saisir la tête dans une direction perpendiculaire à celle du premier broiement. La prise est de nouveau très solide; on maintient dans sa position transversale l'instrument qui, à mesure qu'il est serré, tend à s'incliner et à exécuter un mouvement de rotation spontané. Nouvelles tentatives infructueuses d'extraction, les cuillers étant placées dans le diamètre transverse du bassin.

Le céphalotribe de Bailly est remplacé par celui de Guyon. Appliqué deux fois de suite, ce dernier instrument glisse rapidement. Sa prise est tout à fait insuffisante.

M. Tarnier essaye alors d'appliquer le forceps à lame étroite de Dubois, forceps très résistant et permettant la réduction de la tête perforée. Mais l'instrument ne tarde pas à glisser.

La perforation étant à peu près complètement obturée par le chevauchement des os, on réintroduit l'instrument de Blot, en un point voisin de celui où il avait été appliqué la première fois, et, par cette nouvelle ouverture, on glisse la branche mâle du cranioclaste de Braun. La branche femelle est placée à droite, siège supposé de la face d'après la région où on avait entendu les battements cardiaques du fœtus. Le cranioclaste fournit une prise solide et ne tarde pas à amener la tête. Il faut exercer quelques tractions énergiques pour dégager les épaules. La fin de l'accouchement ne présente rien de spécial à signaler.

Enfant. — L'enfant était un garçon du poids de 3.125 gr., sans compter la substance cérébrale dont une grande partie était évacuée. Sa longueur était de 56 centimètres.

Les deux perforations avaient été faites au voisinage de la fontanelle antérieure, et le cranioclaste avait été appliqué le long de la suture sagittale jusqu'à l'occipital que son extrémité venait pincer. Il avait donc été dirigé du côté opposé à la face.

Le frontal et les deux pariétaux étaient fracturés en plusieurs points, fractures attribuables, très vraisemblablement, au céphalotribe.

L'occipital à peu près intact.

L'ethmoïde complètement brisé; à la racine du nez il existait un trou assez profond qui conduisait dans une cavité anfractueuse correspondant au siège de l'ethmoïde et opposant au doigt de nombreux éclats osseux.

Les os temporaux étaient aussi fracturés, la selle turcique légèrement broyée. En appliquant le pouce et l'index sur les deux apophyses mastoïdes, on pouvait les rapprocher à un degré assez considérable.

En somme, la base du crâne était bien complètement broyée l'action du céphalotribe avait été ici sous ce rapport aussi heureuse que possible, et le cranioclaste, appliqué sur cette tête ainsi démolie, avait eu de ce fait la tâche singulièrement facilitée, il s'était montré avec toutes ses qualités d'instrument supérieur au point de vue de l'extraction, la réduction ayant été préalablement opérée par le céphalotribe.

Suites de couches. — Les suites de couches ont été des meilleures. La femme, traitée avec toutes les précautions antiseptiques en usage à la Maternité, pansée et lavée avec des solutions de sublimé corrosif, n'a pas eu la température plus élevée que 38°. Elle est sortie de la Maternité le 8 octobre 1883.

REVUE DE LA PRESSE

NOUVELLES RECHERCHES SUR LES AVANTAGES ET LA TECHNIQUE DES APPLICATIONS DE FORCEPS SUR L'EXTRÉMITÉ PODALIQUE DU FŒTUS.

Par le Dr Ettore Truzzi.

Je dois rappeler tout d'abord que la terminaison favorable du travail dans les présentations de l'extrémité podalique dépend surtout de l'observation de deux principes fondamentaux, grâce auxquels la mort des enfants est plus rare et l'intervention de l'accoucheur moins nécessaire ou plus facile.

On peut formuler ainsi ces deux principes :

1° Dans les cas ordinaires, quand aucun accident ne vient troubler la marche du travail de l'accouchement, *il est nécessaire de confier aux seules forces maternelles la tâche d'expulser la moitié inférieure du tronc de l'enfant*; on doit se borner à dégager les bras et à extraire la tête ; les tractions intempestives sur les membres inférieurs doivent être proscrites.

2° Dans les cas de présentation podalique incomplète, variété des fesses, *il est utile, dès que la chose se peut, d'abaisser un des pieds dans le vagin, avant que les fesses ne soient engagées profondément dans l'excavation ;* cette pratique doit surtout être observée lorsqu'il s'agit d'une primipare et que l'on peut prévoir la nécessité d'une intervention pour l'extraction de l'enfant.

Mais il n'est pas toujours possible de se conformer à cette ligne de conduite si simple et si rationnelle ; dans la clientèle privée on est souvent appelé alors que l'extrémité pelviennne est profondément engagée et, si une indication de terminer promptement l'accouchement se présente, il est dangereux ou impossible d'aller à la recherche d'un pied. Même dans une maternité, ainsi que l'a remarqué M. Belluzzi, où l'on surveille le travail de l'accouchement, l'on observe des cas, de préférence chez les primipares, où l'orifice utérin, soit par la résistance de ses bords, soit par suite de l'écoulement prématuré des eaux, l'irrégularité des formes de la région qui se présente, tarde très longtemps à se dilater et ne permet pas de pratiquer l'abaissement prophylactique d'un pied, manœuvre rendue impossible plus tard par suite de l'engagement du siège.

Ce n'est pas tout ; chez les primipares, et c'est particulièrement chez les primipares qu'Ahlfeld recommande l'abaissement prophylactique d'un pied, l'introduction de la main dans le canal génital est très douloureuse et exige parfois l'emploi du chloroforme, ce qui peut rencontrer des résistances dans la clientèle privée.

Quand l'extrémité podalique reste immobilisée dans la partie supérieure ou moyenne de la filière pelvienne, les membres inférieurs relevés et appliqués sur le plan sternal, le fœtus prend la forme d'un cône à sommet inférieur, à base supérieure, constituée par la réunion des épaules, des bras, du thorax, des jambes et de la tête ; quelque réductible que cette base soit, elle aura toujours beaucoup de peine à s'engager dans le canal pelvien.

Dans cette occurrence, nous n'avons le choix qu'entre deux moyens;

essayer de refouler les fesses, de remonter avec la main dans la cavité utérine à la recherche d'un pied pour l'abaisser ensuite ; ou pratiquer des tractions sur les plis de l'aine avec le doigt, le crochet, les lacs.

La première méthode, recommandée par Barnes, n'est pas sans danger et Playfair ne l'admet pas ; Barnes du reste avoue « *que cette opération est fort malaisée ; elle exige beaucoup de douceur et d'assurance.* »

Quant au doigt appliqué sur le pli de l'aine, les tractions qu'il exerce restent trop souvent sans résultat ; le lacs est d'une très difficile et pénible application ; le crochet peut produire la fracture du fémur, la lacération des parties molles.

Devant toutes ces difficultés, quelques accoucheurs ont songé à recourir au forceps. Levret, après avoir appliqué, par suite d'une erreur de diagnostic, le forceps sur le siège et obtenu par ce moyen une facile opération, n'hésita pas à recommander le forceps dans les cas analogues.

Les défenseurs et les détracteurs de cette méthode sont nombreux. Cette partie historique est développée dans l'excellent travail que vient de publier Belluzzi et je n'ai pas à la reproduire.

Pour mon compte, le forceps m'a rendu de très grands services dans deux cas récents. Cette année, dans ma clientèle, éprouvant des difficultés pour extraire un fœtus volumineux dont le siège plongeait dans l'excavation, j'eus recours au forceps que j'appliquai sur l'extrémité podalique et j'obtins facilement l'extraction du fœtus, sans que le forceps lachât prise une seule fois et sans produire aucune lésion à l'enfant.

Le deuxième cas est celui d'une femme primipare, à terme, entrée à la maternité de Milan. Le bassin de cette femme était moyennement, mais universellement rétréci ; fœtus vivant, présentation pelvienne incomplète, variété des fesses ; S. I. D. A. ; les fesses plongeaient dans l'excavation ; inertie utérine ; dispnée grave de la mère, atteinte de lésion mitrale ; intervention nécessaire.

Le professeur Porro étant indisposé, je ne pouvais pas recourir à ses conseils ; je tentai donc des tractions avec le doigt, puis avec le crochet et enfin j'employai le forceps que j'appliquai suivant le diamètre oblique gauche ; l'extrémité des cuillers dépassait à peine la crête iliaque. Quelques tractions énergiques suffirent pour amener

les fesses sur le plan périnéal, deux doigts, appliqués sur le pli inguinal postérieur, permirent de terminer l'accouchement.

Je consultai à ce propos le professeur Porro qui m'assura que les craintes inspirées par l'emploi du forceps sur l'extrémité podalique étaient exagérées et me raconta une application de forceps sur le siège, faite, en 1871, par le Dr Nonzini, à la maternité de Milan, avec le plus grand succès.

Les deux mémoires récents de Belluzzi et d'Ollivier tendent à réhabiliter l'emploi du forceps sur l'extrémité podalique. D'accord sur ce point fondamental, ces deux auteurs ne professent pas la même opinion en ce qui concerne la meilleure forme à donner au forceps pour ce genre d'intervention et sur le mode d'application de l'instrument. Belluzzi admet que le forceps, pour être véritablement utile et sans danger quand il est appliqué sur l'extrémité podalique, doit avoir une courbure céphalique et pelvienne beaucoup moins prononcée que le forceps ordinaire ; les extrémités des cuillers doivent laisser une plus grande ouverture. L'auteur propose son forceps céphalotribe, qui permet de saisir les hanches du fœtus assez solidement, sans dépasser les crêtes iliaques et déterminer des lésions des organes abdominaux. Pour M. Ollivier, le forceps ne doit pas s'appliquer sur le bassin du fœtus, on doit s'efforcer de l'appliquer sur les membres abdominaux relevés.

L'application du forceps serait particulièrement avantageuse dans les positions sacro-iliaques postérieures, alors que les membres abdominaux du fœtus repliés sur le plan sternal correspondent à la paroi antérieure du bassin maternel ; dans ce cas, grâce à la nouvelle courbure du forceps, les cuillers peuvent être appliquées sur le côté externe des cuisses du fœtus sans exercer aucune pression sur le bassin ou l'abdomen du fœtus, ce qui évite toute espèce de lésions de ces diverses parties, et surtout donne une prise assurée à l'instrument : le bassin fœtal constituerait, en effet, un cône à base en haut, aux crêtes iliaques, et à sommet en bas, tandis que les membres abdominaux, relevés sur le plan sternal et rapprochés par la pression des cuillers, constituent, au contraire, un cône en sens inverse.

En résumé, par la méthode de Belluzzi, le forceps doit être appliqué sur le bassin du fœtus, en ayant soin de ne pas dépasser la crête iliaque ; l'instrument doit avoir une très faible courbure céphalique et pelvienne.

Par la méthode d'Ollivier, la prise doit se faire directement sur les

membres abdominaux du fœtus; l'instrument doit présenter une courbure pelvienne très accentuée pour pouvoir saisir les cuisses, dans les positions sacro-iliaques postérieures, sans comprimer le bassin ou l'abdomen de l'enfant.

Ces diverses propositions m'ont engagé à entreprendre une série d'expériences ayant pour but :

1° D'éclaircir quelle est la technique la meilleure pour les applications du forceps sur l'extrémité podalique.

2° D'établir si le forceps ordinaire peut rendre de bons services dans ce cas, ou s'il est nécessaire, comme il semble à Belluzzi, d'en modifier les formes et les dimensions ; dans le cas où le forceps ordinaire produirait quelques lésions sur le fœtus, d'en étudier le siège.

Je me suis servi du forceps Nœgelé, modifié par le professeur Porro; nos expériences sont au nombre de quatorze et je les ai variées autant que possible. J'ai eu recours à des enfants morts en travail ou peu après la naissance; un bain tiède prolongé enlevait toute rigidité cadavérique aux parties molles. Le fœtus était mis dans l'attitude propre à la présentation des fesses, les membres abdominaux maintenus à l'aide de cordons contre le plan sternal. On le fixait ensuite, dans diverses positions, au niveau du détroit supérieur du bassin et on tentait ensuite son extraction, soit avec les doigts, le crochet, le lacs, soit avec le forceps. Une dissection attentive permettait d'étudier les lésions produites.

Expérience I. — Fœtus à terme; bassin totalement et régulièrement rétréci (C. V., 95 cent.); fesses plongeant dans l'excavation ; S. I. G. A. ; pas de lésion chez le fœtus.

Fœtus de sexe féminin, longueur............. 49 cent.
Diamètre bi-pariétal... 9 —
— bis-acromial. 11 —
— bis-iliaque.. 8 —
— sacro-pubien. 5 —

Le forceps est appliqué suivant le diamètre oblique droit du bassin maternel, de sorte que l'extrémité podalique est saisie suivant son diamètre bis-iliaque. Les extrémités des cuillers arrivent à peine au-dessus des crêtes iliaques et s'enfoncent légèrement dans les parois abdominales. Pour ne pas exercer une compression inutile, un linge est interposé entre les manches du forceps.

A cause du rétrécissement du bassin et d'un reste de rigidité cadavérique du fœtus, des tractions longues et énergiques sont nécessaires. Le forceps ne dérape pas et l'extraction se fait. A l'autopsie, les parties molles n'offrent aucune lésion, les symphyses pubiennes et sacro-iliaques sont intactes; les viscères abdominaux, le foie, ne présentent aucune trace de compression.

EXPÉRIENCE II. — Fœtus non à terme; bassin rachitique, scoliose (C. V., 80 mill., microc. gauche, 55 mill., microc. droite, 75 mill.); fesses engagées dans l'excavation; S. I. D. A.; traction sur le pli inguinal avec le doigt et le crochet, fracture du fémur; extraction à l'aide du forceps; pas de lésion du bassin ou des viscères abdominaux du fœtus.

Fœtus de sexe masculin, longueur.............		44 cent.
Diamètre	bi-pariétal...	85 mill.
—	bis-acromial.	105 —
—	bis-iliaque...	75 —
—	sacro-pubien.	40 —

Les fesses, fixées dans la position S. I. D. A., des tractions sont exercées avec un et deux doigts, puis avec le crochet appliqué sur le pli de l'aine droite et antérieure. Les fesses s'engagent avec assez de facilité dans l'excavation, mais malgré toutes les précautions le fémur se fracture.

On replace le fœtus dans sa situation primitive, et l'on applique le forceps; préhension très bonne, extraction prompte, aucune lésion du fait de l'instrument.

EXPÉRIENCE III. — Fœtus à terme, bassin vicié comme dans l'expérience I; fesses en S. I. D. P.; tentative d'application de forceps suivant la méthode d'Ollivier.

Fœtus de sexe masculin, longueur.............		50 cent.
Diamètre	bi-pariétal...	95 mill.
—	bis-acromial.	110 —
—	bis-iliaque...	85 —
—	sacro-pubien.	50 —

L'extrémité podalique est fixée dans l'excavation pelvienne et on tente une application de forceps suivant la règle d'Ollivier. Bien qu'on abaisse les manches autant que possible, et les cuillers n'ayant prise que sur les cuisses, on ne peut pas éviter que les bords posté-

rieurs des cuillers ne compriment l'abdomen du fœtus; cette compression dangereuse existe quelle que soit la hauteur à laquelle le forceps est appliqué, l'autopsie ne démontre aucune lésion appréciable imputable aux diverses applications de forceps.

Sans aucun doute, la difficulté de l'application du forceps a été occasionnée par le rétrécissement du bassin, la saillie du promontoire.

Expérience IV. — Fœtus à terme; bassin totalement et uniformément rétréci comme dans l'expérience I; fesses plongeant dans l'excavation; S. I. G. P; forceps de Porro.

Fœtus mâle, longueur		50	cent.
Diamètre	bi-pariétal	95	mill.
—	bis-acromial	120	—
—	bis-iliaque	80	—
—	sacro-pubien	50	—

Les fesses fixées dans le haut de l'excavation, on applique le forceps suivant le diamètre oblique droit. Après quelques tractions, l'instrument lâche prise. On le réapplique, nouvelles tractions durant lesquelles les cuillers glissent de nouveau, abandonnent les crêtes iliaques et viennent se fixer dans l'espace angulaire compris entre les cuisses et le bassin; l'extraction s'opère. A l'autopsie, pas de lésion.

Expérience V. — Fœtus à terme; fesses plongeant dans l'excavation; S. I. G. A; bassin, comme dans l'expérience II, rachitique; extraction avec le lacs et le forceps.

Longueur		49	cent.
Diamètre	bi-pariétal	90	mill.
—	bis-acromial	110	—
—	bis-iliaque	80	—
—	sacro-pubien	55	—

Fesses élevées, fixées au niveau du détroit supérieur; on tente l'application d'un lacs; avec le doigt on échoue, mais le lacet peut être mis en place à l'aide d'une sonde en gomme munie d'un mandrin recourbé en forme de crochet mousse. Extraction relativement rapide, le fœtus est remis en place et le forceps appliqué; l'extraction est moins rapide, car les cuillers gênent l'accommodation des fesses.

Aucune lésion, ni par le lacs ni par le forceps.

Expérience VI. — Fœtus à terme ; bassin normal ; fesses plongeant dans l'excavation ; S. I. D. P. ; tentative d'application de forceps, par la méthode d'Ollivier.

Longueur.............	51 cent.	
Diamètre bi-pariétal....	95 mill.	
— bis-acromial..	125	—
— bis-iliaque....	80	—
— sacro-pubien..	55	—

On essaye l'application de forceps suivant la méthode d'Ollivier, comme dans l'expérience III, avec bassin vicié. Dans ce cas-ci, en abaissant fortement les manches, autant qu'il est possible avec le forceps de Porro, on arrive à faire porter les cuillers seulement sur la face externe des cuisses du fœtus et sans que les bords postérieurs exercent de pression sur les parois abdominales. Mais, durant les tractions, les extrémités des cuillers, qui arrivaient presque aux genoux du fœtus, glissent en bas et en avant en rasant fortement la face externe des cuisses, et finalement, bien qu'on serre les manches de l'instrument, il dérape.

On applique alors le forceps sur les côtés du bassin en ayant soin que les cuillers dépassent à peine les crêtes iliaques. Le forceps tient pendant les premières tractions, puis glisse graduellement en avant et s'applique, partie sur le bassin, partie sur les cuillers. L'extraction s'opère de la sorte.

A l'examen externe on trouve sur les cuisses les traces de la pression exercée par les extrémités des cuillers qui, glissant de haut en bas, ont enlevé l'épiderme. Pas de fracture du bassin ni des fémurs, pas de lésion du foie, des viscères abdominaux.

Expérience VII. — Fœtus bien développé, ayant vécu dix jours ; bassin normal ; fesses plongeant dans l'excavation ; S. I. D. A. ; crochet ; forceps.

Longueur...........	53 cent.	
Diamètre bi-pariétal..	95 mill.	
— bis-acromial.	125	—
— bis-iliaque ..	85	—
— sacro-pubien.	55	—

Fesses fixées au niveau du détroit supérieur. Crochet mousse sur le pli de l'aine droite, extraction facile. Sur la face antéro-supérieure de

la cuisse et sur les parois abdominales, deux contusions profondes, qui auraient été plus apparentes sur un fœtus vivant.

Le fœtus, remis en place, forceps sur le bassin, extraction facile. Autopsie : pas de lésion.

EXPÉRIENCE VIII. — Enfant émacié, ayant vécu une semaine ; bassin vicié (expérience I) ; fesses au détroit supérieur ; S. I. G. P. ; crochet, rupture du fémur ; forceps.

Longueur		50 cent.
Diamètre	bi-pariétal	90 mill.
—	bis-acromial	110 —
—	bis-iliaque	80 —
—	sacro-pubien	45 —

Fesses fixées au détroit supérieur. Application du crochet mousse sur l'aine gauche. Mais soit fragilité du fémur, soit émaciation des parties molles, le fémur se fracture avant que les fesses ne soient dans la partie moyenne de l'excavation. On retire le crochet et on applique le forceps, suivant le diamètre oblique gauche, sur le bassin fœtal. Dès les premières tractions, glissement antéro-inférieur, le forceps dérape; on l'applique à nouveau et on imprime au fœtus, un mouvement de rotation interne qui convertit la position S. I. G. P. en S. I. G. A. On enlève le forceps et on le réapplique suivant le diamètre oblique droit, sur le bassin fœtal. La prise est bonne. L'extraction, vu le vice de conformation du bassin, nécessite des tractions énergiques, mais l'instrument ne glisse pas.

Même dans ce cas, l'autopsie ne découvre aucune lésion imputable au forceps.

EXPÉRIENCE IX et X. — Fœtus à terme; bassin légèrement, mais totalement rétréci (C. V., 98); fesses au détroit supérieur; position sacro-pubienne et sacro-sacrée, directes ; forceps Porro.

Quand le sacrum est tourné vers la symphyse du pubis, le forceps de Porro appliqué, suivant les règles, sur le bassin fœtal, y trouve une bonne prise, et l'extraction s'opère facilement.

Dans la position sacro-sacrée, le forceps, appliqué suivant la méthode Ollivier présente les inconvénients d'une forte compression sur les parois abdominales et d'un facile glissement antéro-inférieur.

Expérience XI. — Fœtus non à terme; bassin vicié comme exp. II; fesses plongeant dans l'excavation; S. I. D. P.; forceps droit et forceps de Porro.

Longueur.............	45	cent.
Diamètre bi-pariétal....	85	mill.
— bis-acromial..	105	—
— bis-iliaque....	70	—
— sacro-pubien..	45	—

Comme dans l'expérience VIII, on veut obtenir la rotation des fesses, de façon à convertir la position postérieure en position antérieure, dans laquelle l'instrument a meilleure prise.

Pour obtenir cette rotation, on a recours au forceps droit, de manœuvre plus commode, et qui, chez la femme, ne risque pas de léser les parois vaginales comme le forceps courbe.

La position antérieure obtenue, application du forceps de Porro, extraction facile. Autopsie: pas de lésion.

Expérience XII. — Enfant mort à un mois; bassin totalement et régulièrement rétréci; fesses en première position; forceps.

Longueur.............	58	cent.
Diamètre bi-pariétal....	105	mill.
— bis-acromial..	130	—
— bis-iliaque....	90	—
— sacro-pubien..	60	—

Fesses fixées au détroit supérieur; forceps sur les côtés du bassin, tractions énergiques et soutenues nécessitées par fœtus volumineux; bassin rétréci. Malgré tous les efforts, l'extrémité podalique ne peut descendre que dans l'excavation seulement. Mais l'expérience démontre l'énergie et la sûreté de la prise du forceps dans les positions antérieures. Autopsie : pas de lésion.

Expérience XIII. — Fœtus à terme, bassin normal, siège complet; S. I. G. A.; forceps.

Longueur.............	49	cent.
Diamètre bi-pariétal....	95	mill.
— bis-acromial..	115	—
— bis-iliaque....	80	—
— sacro-pubien..	50	—

Le siège, complet, est fixé au détroit supérieur, dans le but de s'assurer si les membres abdominaux, fléchis et croisés au-devant des

fesses, peuvent rendre plus difficile ou moins avantageuse l'application du forceps.

Le forceps est placé suivant le diamètre oblique droit; prise bonne, extraction facile. Les pieds du fœtus n'offrent aucun obstacle à l'application des cuillers quand, comme dans le forceps de Porro, elles ont une certaine largeur.

EXPÉRIENCE XIV. — Enfant à terme; volumineux bassin, totalement et régulièrement rétréci (exp. I); fesses au détroit supérieur; S. I. G. A.; forceps Denmau, forceps Lovati, forceps Porro.

Longueur	51	cent.
Diamètre bi-pariétal	95	mill.
— bis-acromial	125	—
— bis-iliaque	80	—
— sacro-pubien	55	—

Forceps Denmau. — Appliqué sur le bassin; extraction facile, mais sillons profonds sur les parties molles, produits par les branches grêles du forceps.

Forceps Lovati. — Dans le but d'éviter aux parties fœtales un traumatisme exagéré, facile avec ce forceps géant, on s'efforce de limiter les efforts de compression en les proportionnant aux tractions; mais l'instrument lâche prise. Deux applications nouvelles sans succès.

Forceps de Porro. — Extraction facile.

De ces expériences et des deux observations cliniques, il est permis de tirer les conclusions suivantes:

1° Dans le cas d'enclavement des fesses dans la partie haute ou moyenne de l'excavation, si une indication d'une extraction rapide se présente, au lieu de tenter des tractions sur le pli de l'aine avec le doigt, le crochet ou le lacs, il est préférable de pratiquer une application de forceps. Sans doute, les tractions sur le pli de l'aine permettent une accommodation meilleure et exigent une force moins grande que celle réclamée par le forceps; mais ces avantages sont amplement compensés par les accidents qui en résultent très souvent: fracture du fémur, lacération des parties molles du triangle de Scarpa.

2° La proposition d'Ollivier, d'appliquer le forceps sur les cuisses et non sur le bassin du fœtus, est séduisante en théorie, mais ne résiste pas à la pratique. Dans les positions sacro-iliaques postérieures, pour tant que soit prononcée, comme dans le forceps de Porro, la courbure pelvienne des branches, pour tant que l'accoucheur abaisse

les branches, la prise ayant lieu sur les cuisses, le bord postérieur de la cuiller comprime toujours la paroi abdominale du fœtus : et comme l'extrémité du forceps doit, suivant la règle d'Ollivier, arriver presque au niveau des genoux, la compression exercée par le bord postérieur sera dangereuse pour l'intégrité du parenchyme du foie, qui correspond à la branche droite. Que si on parvient à éviter cet écueil, les cuillers glissent graduellement en bas et en avant, et, après quelques tractions, le forceps lâche prise, en produisant une éraillure antéro-inférieure.

3° Beaucoup plus facile, plus sûre, moins périlleuse est la méthode d'appliquer le forceps sur les côtés du bassin du fœtus ; les os iliaques sont, à ce moment de la vie, assez élastiques ; ils sont protégés par les parties molles, qui forment de véritables coussins, de sorte qu'il faudrait une très grande force de compression pour produire des lésions appréciables sur le bassin du fœtus. Dans toutes les dissections minutieuses, entreprises après mes expériences, je n'ai jamais trouvé de fracture des os iliaques, ni de lésions des articulations sacro-iliaque et pubienne.

4° Pour avoir une bonne prise, il faut que le mors des cuillers arrive jusqu'au niveau de la crête iliaque. Il doit s'enfoncer légèrement, par le rapprochement des manches, dans les parois abdominales, de façon à prendre point d'appui, pendant les tractions, sur la crête iliaque, et à donner aux hanches du fœtus une forme convexe, sur laquelle la concavité des cuillers s'adapte exactement ; les viscères abdominaux ne sont pas lésés.

J'ai pu me convaincre de l'innocuité absolue des applications de forceps sur le siège, contrairement aux craintes exagérées d'un grand nombre d'accoucheurs, qui condamnent sans réserve cette méthode ; il ne m'est jamais arrivé de contondre ou lacérer le parenchyme hépatique ou les autres viscères.

5° Il résulte de mes expériences que le forceps de Porro, appliqué sur les côtés du bassin du fœtus, a une prise excellente, surtout dans les présentations antérieures. Dans les postérieures, s'il dérape, on ne doit pas insister ; il est préférable de faire exécuter au sacrum une rotation en avant, et alors d'appliquer à nouveau le forceps.

Il est avantageux, dans les intervalles des tractions, de maintenir une certaine compression sur les manches du forceps, parce que les os iliaques tendent, par leur élasticité, à reprendre leur forme primitive et à repousser les cuillers, ce qui fait perdre leur prise.

6° Quant au choix du forceps, celui de Porro répond à toutes les exigences. Je crois que la raison principale qui a fait repousser le forceps pour le siège et qui tend à le réhabiliter aujourd'hui, réside dans les différences considérables présentées par les nouveaux modèles avec les anciens. Les grands forceps, les forceps géants, sont dangereux par leurs dimensions, et parce que la courbure céphalique est relativement peu accusée. (*Gazetta medica Italiana Lombardia*, nos 31-33, 1883.)

MARIUS REY.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 décembre 1883.

Présentations d'instruments. — M. TARNIER. — J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un instrument que j'appelle *Basiotribe*, et qui est destiné à broyer la tête du fœtus.

Cet instrument, que j'ai fait fabriquer par M. Collin, se compose de trois branches d'inégale longueur, étagées, et d'une vis d'écrasement. Sa longueur totale est de 41 centimètres. Quand il est articulé et serré, sa largeur, d'un côté à l'autre, est de 4 centimètres. Si on le mesure d'avant en arrière, on trouve 4 cent. 1/2 dans sa partie la plus large, près de l'extrémité des cuillers. Son poids total est de 1200 grammes.

La branche médiane, la plus courte, porte un perforateur quadrangulaire, que l'on fait pénétrer dans le crâne par un mouvement de rotation. Ce perforateur agit comme un alésoir et fait au crâne une ouverture arrondie. Dès que l'extrémité olivaire de ce perforateur a pénétré dans la cavité crânienne, on arrête le mouvement de rotation et l'on pousse doucement cette branche jusqu'à ce que sa pointe soit arrêtée par la résistance de la base du crâne, avec laquelle elle devra rester en contact jusqu'à la fin de l'opération.

La branche gauche, analogue à la branche gauche d'un forceps, est ensuite appliquée comme s'il s'agissait du forceps, et articulée avec la branche médiane.

Branche médiane et branche gauche sont alors rapprochées par la vis d'écrasement et broient une moitié de la tête. Un petit crochet maintient ces deux branches rapprochées pendant qu'on enlève la vis d'écrasement.

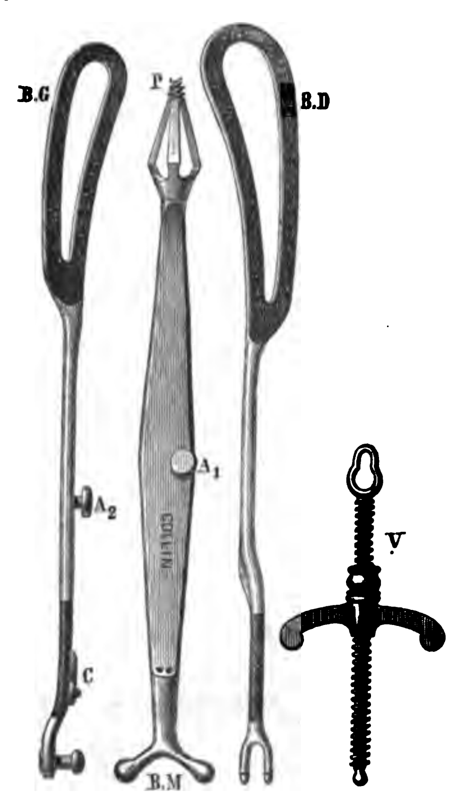


Fig. 1. — *Basiotribe de M. Tarnier.*
B M, branche médiane.
B G, branche gauche.
B D, branche droite.
A, articulation.
C, crochet.
P, perforateur-alésoir.
V, vis de pression.

La branche droite, la plus longue de toutes, est ensuite appliquée et articulée comme la branche droite d'un forceps, et la vis d'écrase-

ment, mise de nouveau en place et en action, rapproche cette branche des deux premières,

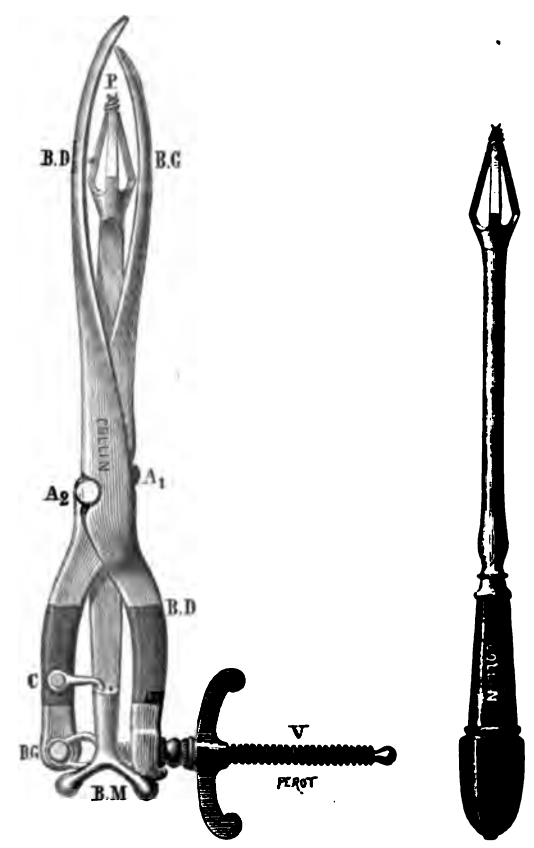


Fig. 2. — *Basiotribe de M. Tarnier.*

B M, branche médiane.
B G, branche gauche.
B D, branche droite.
A, articulation.
C, crochet.
P, perforateur-alésoir.
V, vis de pression.

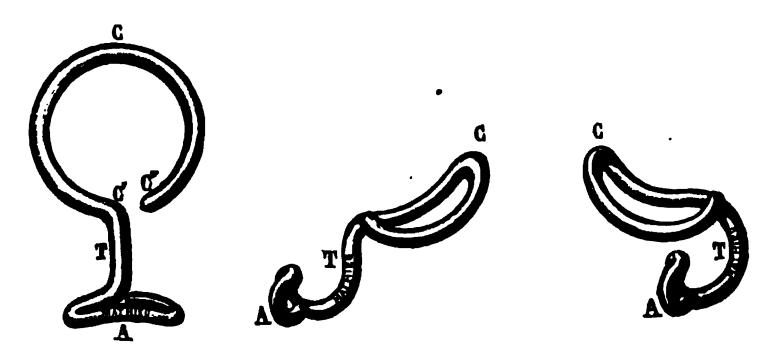
La tête est ainsi écrasée en deux broiements successifs, moitié par moitié; puis l'on procède à son extraction.

· Le maniement de cet instrument est d'ailleurs analogue à celui du céphalotribe et du cranioclaste; mais il leur est supérieur et offre, comparativement, de très grands avantages, si je m'en rapporte aux expériences cadavériques que j'ai faites.

M. Dujardin-Beaumetz présente un nouveau pessaire, ou support utérin, inventé par M. Landowski et fabriqué par M. Mathieu.

Ce pessaire, représentant presque la forme d'une clef à double panneton, est composé d'un anneau ouvert, destiné à entourer le col, et d'un T dont la branche transversale vient prendre un point d'appui derrière la symphyse pubienne.

En étudiant la question des supports utérins, on arrive à la conviction que presque chaque cas de déplacement a besoin d'une courbure spéciale, suivant la conformation de la malade, courbure que le médecin, avec un peu d'habitude, donne en quelques minutes à ce nouveau pessaire fait en étain, en l'appropriant au type de déplacement (antéversion, rétroversion, rétroflexion, latéroversion).



Rien de plus facile que de donner à l'anneau, en l'ouvrant plus ou moins, les dimensions du col qui doit y être logé. On donne ensuite à l'angle obtus, que l'anneau doit former avec la tige, l'écartement nécessaire pour que le segment supérieur de l'anneau relève le corps de l'utérus à travers le cul-de-sac correspondant pendant que le segment inférieur de cet anneau presse sur le col en sens inverse; de cette manière, il se produit un mouvement de bascule qui aide l'organe à se replacer dans sa position normale. On donne à la tige la courbure nécessaire pour que son extrémité transversale (extrémité

pubienne) puisse s'appuyer et loger dans sa concavité (préalablement appropriée ou modifiée par le médecin) le bourrelet charnu qui tapisse la symphyse, et dont les dimensions varient suivant les sujets.

Après s'être rendu bien compte que ce pessaire malléable est bien adapté et de bonne dimension, on le fait reproduire en aluminium, qui est un métal inoxydable par les tissus, léger et solide.

M. Landowski a employé son pessaire dans un assez grand nombre de cas, et lui a reconnu les avantages suivants :

1° Maniement facile : la malade peut, après une seule démonstration, se l'appliquer et le retirer elle-même ;

2° Le pessaire, placé assez haut, le col de l'utérus bien fixé dans l'anneau, l'extrémité de la tige se trouve, par la pesanteur même de l'organe, poussée naturellement contre la symphyse. On pourrait presque dire que le déplacement, au lieu d'être un obstacle, aide au contraire à fixer l'instrument ;

3° L'extrémité pubienne de l'instrument ne froisse pas l'urèthre et ne provoque pas les envies d'uriner ;

4° La malade ne sent pas l'instrument une fois bien placé.

M. Landowski a fait faire par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, deux modèles qui, souvent, dans les cas non compliqués, pourront être appliqués tels quels.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE DES JOURNAUX

Le bassin spondylolisthétique, par Franz Neugebauer. (*Arch. f. Gyn.*, XXIX, 3.) — Tout ce qui a été écrit à ce sujet se résume à peu près dans l'histoire de quinze bassins de cette espèce déposés dans les musées. Les caractères de cette difformité sont, en arrière : un raccourcissement du corps, un allongement apparent des membres inférieurs, un sillon profond à la région lombo-dorsale, un enfoncement du thorax dans le grand bassin, un grand écartement des hanches et l'aspect cordiforme des fesses.

La femme représentée dans les figures dessinées par l'auteur avait 26 ans lorsqu'elle passa la nuit dehors, après une journée très fatigante ; elle fut prise de symptômes rhumatiques et la déformation augmenta.

Les recherches auxquelles Neugebauer s'est livré sur les quinze bassins connus l'ont conduit à conclure que la déformation est acquise.

La déformation dans le bassin spondylolisthétique de Kilian consiste dans la dislocation de la partie antérieure de la cinquième vertèbre lombaire, sa partie postérieure changeant peu de position. L'articulation sacro-lombaire persiste le plus souvent, rarement elle s'ankylose.

Le poids du corps presse sur la partie antérieure de la cinquième vertèbre lombaire et la fait glisser en bas et en avant. Les ligaments sont allongés.

Neugebauer appelle cette déformation *dolicho-kyrto-platispondylus*.

Tumeurs adipo-fibreuses de l'abdomen. (*New-Orleans med. and Surg. Journ.*, mars 1883). — Malade âgée de 36 ans. Croyant à une troisième grossesse, elle consulta un médecin de Memphis, qui se prononça pour l'existence d'une tumeur ovariqüe. On fit l'ouverture de l'abdomen et « l'incision pubio-ombilicale fit reconnaître de tels « désordres que les médecins renoncèrent à toute tentative ultérieure. »

Quelques mois plus tard, la circonférence abdominale mesurait 1972 millim. La malade succomba bientôt. « A l'autopsie, on trouva « que le côlon descendant était le seul moyen de communication « entre l'estomac et le rectum ; l'abdomen renfermait dix-sept tumeurs, dont deux adhéraient à la paroi. » Pas de péritonite. Les tumeurs étaient constituées par un noyau fibreux couvert de tissu adipeux.

A. C.

Cas d'opération de Porro, faite avec succès sur une ostéo-malacique, rapporté par Fehling (de Stuttgard). (*Arch. f. Gyn.*, XX, 3.) — L'enfant, comme les deux autres mis au monde par cette opération, par Fehling, a survécu.

VARIÉTÉS

Prix Duparcque. — La Société de Médecine de Paris décernera, en 1885, le prix Duparcque au meilleur travail, écrit en langue française, manuscrit ou imprimé, à la condition toutefois qu'il n'ait pas

été publié depuis plus de deux ans, sur la pathologie de l'ovaire et l'ovarite en particulier.

Ce prix, n'ayant pas été décerné en 1883, sera, pour 1885, d'une médaille d'or et d'une somme de 1,200 francs.

Le concours est ouvert le 1[er] janvier 1884. Les ouvrages destinés à y prendre part doivent être envoyés, avant le 1[er] janvier 1885, au secrétaire général de la Société, M. le D[r] Thorens, 34, rue de Penthièvre.

MM. Bar, accoucheur des hôpitaux, et Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité, commenceront, le 22 janvier, un cours complet d'accouchements en cinquante leçons.

Ce cours aura lieu tous les jours à 4 h. 1/2, 20, rue Dauphine.

Pour se faire inscrire et pour les renseignements, s'adresser tous les jours à 1 h. 1/2, 20, rue Dauphine.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Les *Annales de Gynécologie* ont recu :

Appareil élytro-ptérigoïde; hémostase; dilatation du col; ocytocie, par le D[r] Chassagny. — Masson, éditeur. Paris, 1882.

Notes et observations pour servir à l'histoire du traitement thermal pendant la grossesse, par le D[r] Caulet, médecin inspecteur des eaux de Saint-Sauveur. Extrait des *Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, t. XXVII, 1883.

De la dilatation naturelle et artificielle du col vers la fin de la grossesse, par le D[r] François. — Doin, éditeur. Paris, 1883.

Recherches sur le passage des éléments figurés à travers le placenta, suivies de considérations sur la variole fœtale et la vaccination congénitale, par Jules Chambrelent. In-8° de 40 pages. Prix : 2 fr. — Doin, éditeur.

Nouveau signe de la grossesse, par Jorissenne. — Reinwald, éditeur. Paris, 1882.

Le gérant : A. Leblond.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur.
52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Février 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE

De M. le professeur PAJOT

Messieurs,

J'ai à vous parler d'un fait rare, *véritablement exceptionnel.* Il s'agit d'une femme qu'on apporta à la clinique, le 29 décembre dernier dans la soirée. Peu d'entre vous seulement la connaissent et je suis dans l'impossibilité absolue de vous la montrer, car son état est encore grave et commande autour d'elle la plus parfaite tranquillité. Je ne la vis que le 30 décembre au matin, à l'heure de la visite, et voici en quelques mots l'histoire de ses antécédents : elle avait eu deux enfants, et dans les deux cas l'accouchement avait été spontané, bien qu'extrêmement laborieux. Dans la grossesse actuelle, elle a été, en ville, assistée par une sage-femme. Or, le travail se prolongeant, celle-ci, qui n'avait pas fait le diagnostic de la présentation, crut devoir rompre la poche des eaux. Cette manœuvre imprudente n'ayant en rien avancé les choses, la sage-femme s'inquiéta et demanda qu'on fît appeler un médecin.

Le médecin, à son tour, se livra à une série de tentatives. qu'il nous est assez difficile d'apprécier d'une manière bien nette aujourd'hui, mais qui ne furent pas suivies d'un résultat plus heureux. Il arriva que la femme éprouva tout d'un coup une *très vive douleur dans le ventre*, perdit du sang en quantité considérable, et que le médecin désorienté, désespérant de venir à bout de cet accouchement, quitta le champ de bataille.

C'est alors qu'on se décida à porter la patiente à la clinique. Je fus prévenu et la sage-femme en chef me dit qu'il s'agissait d'une présentation du tronc, et que la femme avait probablement une rupture de la matrice. La présentation était facile à constater, mais je répondis à la sage-femme en chef qu'à ne juger de l'état des choses que par l'aspect extérieur, il n'était permis d'accepter l'hypothèse de la rupture qu'avec de grandes réserves. La femme ne présentait pas, en effet, cet aspect extérieur, cette altération profonde des traits qu'on observe généralement en pareille circonstance. Elle avait les facies des hémorrhagies très graves. Je me préparai à opérer la version et je fis anesthésier la malade avec le chloroforme, après l'avoir fait mettre dans la position obstétricale classique. Je dois vous dire qu'on m'avait également prévenu qu'il existait un rétrécissement du bassin. J'introduisis ma main dans le vagin avec les précautions ordinaires et j'allai à la recherche du col. Mais je m'égarai bientôt dans une sorte de magma constitué par des caillots de sang et des parties molles, qui se trouvaient accumulés dans un véritable cloaque. Je constatai alors une vaste déchirure dont le foyer principal avait son siège dans le cul-de-sac antérieur et dont le prolongement dans la paroi utérine antérieure était assez considérable pour laisser mon poing entier s'engager aisément à travers son orifice. Comme ces grands délabrements m'empêchaient d'arriver directement sur le col, je retirai ma main et immédiatement jaillit un flot de sang énorme. C'est là une particularité qui devra toujours vous donner l'éveil, car elle constitue un signe très probant de l'existance d'une rupture de la matrice.

Je fis alors, en quelques secondes, le « bilan pathologique » de cette femme que je livre à vos réflexions :

Rétrécissement du bassin ;

Présentation du tronc ;

Placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus ;

Hémorrhagie considérable ;

Rupture du vagin et de la matrice.

Avais-je raison de vous dire que l'observation était véritablement exceptionnelle ? Vous qui êtes jeunes, qui n'avez encore fait que quelques pas dans la carrière médicale, vous ne serez peut-être jamais témoins d'un fait aussi intéressant et aussi compliqué que celui-là.

Mais il n'y avait plus d'hésitation à avoir sur la conduite à tenir. Laisser à la nature le soin d'arranger les choses, c'eût été décréter la mort de la femme à bref délai, l'enfant était mort.

Je me mis donc en mesure de pratiquer la version. Cette fois, pour procéder sûrement, j'introduisis ma main, en la faisant glisser dans la concavité du sacrum ; je gagnai ainsi immédiatement l'orifice, je pénétrai sans difficulté dans la matrice en ayant le soin de faire appliquer deux mains solidement sur le fond. Je fis ensuite la version qui fut aisée, jusqu'à complet dégagement du tronc.

Mais, à ce moment, les difficultés commencèrent. On arrivait cependant sans peine sur le maxillaire inférieur, et la tête était parfaitement fléchie, car j'avais eu soin qu'un aide appuyât, à travers les parois abdominales, sur l'extrémité céphalique.

Mais, en raison de l'étroitesse du bassin, il me fut impossible, ainsi qu'à M. Doléris qui me succéda dans mes tentatives, de dégager la tête fœtale. Je crus d'ailleurs prudent de ne pas prolonger nos manœuvres. Je fis immédiatement la céphalotripsie qui fut de courte durée, une seule application de céphalotribe ayant été suffisante.

La femme fut ensuite mise au lit après qu'on lui eut fait une injection antiseptique. et on la plaça dans une chambre

spéciale. Je recommandai, avant de partir, qu'on lui donnât de l'eau-de-vie durant la journée. Mais je fis cette prescription poussé plutôt par cet habitude du médecin d'ordonner toujours ce qui peut être utile, que par l'espoir qu'elle pût amener quelques bons résultats. Nous étions tous bien convaincus que cette femme ne vivrait pas vingt-quatre heures. Et pour votre instruction, pour vous prouver que nous n'avions pas tout à fait tort d'avoir des pressentiments aussi fâcheux, j'ai fait la statistique fournie par l'histoire de toutes les ruptures de la matrice que j'ai pu relever.

Sur 440 ruptures il y a eu 404 femmes mortes.

Et pour les cas où on s'est occupé de ce qu'il était advenu des enfants :

Sur 263 cas, j'ai compté 243 enfants morts.

Vous avouerez, Messieurs, que ce sont là des statistiques peu rassurantes. En outre, on est en droit de supposer que, dans ce nombre déjà si restreint des guérisons, il ne s'est agi quelquefois que d'une déchirure relativement peu étendue, tandis que chez notre femme, il ne m'était malheureusement pas permis d'avoir le moindre doute sur l'importance des désordres. Eh bien, malgré l'étendue et la gravité des délabrements et malgré la sévérité de notre pronostic, *la femme est encore vivante aujourd'hui, dixième jour après l'accouchement;* bien plus que cela, *son état est presque satisfaisant.* La température est relativement peu élevée, 38°. Le pouls assez calme, 100 en moyenne. Elle s'alimente, prend du bouillon, des potages et les digère fort bien. Une diarrhée assez rebelle, qui existait les premiers jours et qui nous avait assez vivement inquiétés, tend à disparaître, et l'amélioration s'accuse de plus en plus. Il n'y a que la vitalité féminine, on peut le dire, capable de résister aussi victorieusement à de pareils chocs. C'est bien là un résultat véritablement merveilleux et, en dépit de mon expérience, trop vieille, hélas ! je déclare n'avoir jamais rien vu de pareil. Messieurs, nous allons continuer à observer très attentivement cette malade, et je vous promets de vous tenir au courant de tout ce qui la concernera. Ainsi que je vous

l'ai déjà dit en commençant, vous ne serez jamais témoins d'un fait plus extraordinaire que celui-là.

Comme je vous l'ai promis, je tiens à vous dire quelques mots de notre grande malade, de notre malade à la rupture utérine, qui est couchée au n° 9 de la Gynécologie. Vous vous souvenez de ces complications pathologiques que je vous ai fait connaître (*bassin rétréci*, *présentation de l'épaule*, *placenta sur le segment inférieur*, *hémorrhagie énorme*, *rupture du vagin et de l'utérus*), et vous m'accorderez aisément qu'il est impossible de se heurter à un ensemble plus complet d'accidents chez un même individu.

Notre femme va tout à fait bien, elle est au treizième jour de son accouchement, *et si j'étais plus jeune*, j'oserais affirmer qu'elle est *absolument hors de danger*. Pour vous donner une idée de l'amélioration qui s'est produite dans son état, je vous dirai qu'on vient de me demander, à l'instant, si l'on pouvait lui servir aujourd'hui un bifteck qu'elle désire, et j'ai répondu oui. En vérité, je suis de plus en plus émerveillé du résultat ! Mais, je dois dire que M. Doléris, avec toute la foi de la jeunesse, n'a jamais désespéré de la situation et a soigné cette femme avec un dévouement, une sollicitude de tous les instants. Malgré tout, malgré cet aspect si rassurant qui nous permettrait, certes, d'annoncer aujourd'hui la guérison avec autant de certitude que la situation désespérée du premier jour nous faisait entrevoir une catastrophe, je fais encore quelques réserves. Et vous comprendrez ces réserves, quand vous saurez ce que je vais vous apprendre de la pratique de P. Dubois. Cet homme éminent avait fait dans sa vie vingt et quelques opérations césariennes. Pas n'est besoin de vous dire que la mort était le resultat invariable de ces opérations. Une fois, pourtant, une de ces opérées était arrivée au vingtième jour de l'opération, et tout faisait espérer une terminaison aussi heureuse qu'exceptionnelle. Messieurs, *cette femme fut prise de tétanos et emportée en vingt-quatre heures.*

Ce n'est qu'après avoir été quelquefois témoin de dé-

ceptions semblables, qu'on laisse s'échapper, une à une, les belles illusions de la jeunesse. Aussi, Messieurs, en pareilles circonstances, tenez-vous bien sur vos gardes, et n'allez jamais, dans une famille, affirmer que la situation est sauvée, car l'événement pourrait vous donner bientôt un cruel démenti (1).

LES LOCHIES ET LES ORGANISMES INFÉRIEURS.

A propos du mémoire de M. Eustache, *professeur à la Faculté libre de Lille.* (Arch. de Tocologie, 1883.)

Par le Dr **J.-A. Doléris**, chef de clinique d'accouchement.

La femme accouchée est une blessée. Telle est l'expression simple de l'opinion que j'ai exprimée dans mon travail sur l'infection puerpérale en 1880, dans le but de montrer l'assimilation complète du traumatisme obstétrical et du traumatisme chirurgical. Cela afin d'en déduire plus nettement l'assimilation corrélative des accidents susceptibles de se produire dans l'un et l'autre cas.

L'idée n'était pas nouvelle, mais les démonstrations scientifiques récentes de la septicémie des blessés venaient d'ouvrir la voie à des recherches de même ordre sur la septicémie des femmes en couche; et, en présence des résultats expérimentaux identiques obtenus, il était utile de préciser avec la même rigueur l'identité de plus en plus absolue des faits.

Depuis cette époque, la doctrine des germes a fait son che-

---

(1) Aujourd'hui, *trentième* jour après l'accouchement, la malade a 84 au pouls et 37,2 de température. Elle se nourrit, se colore et est à peu près hors de tout danger, sauf l'*embolie* et l'*hémorrhagie*, ces deux menaces suspendues sur sa vie. J'espère, grâce à toutes nos précautions, qu'elle échappera à ces accidents et que je pourrai bientôt vous annoncer la guérison complète de la malade la plus extraordinaire que j'aie observée en quarante-deux ans de pratique.

min. Considérée avec défiance par les uns ; niée par les autres ; reléguée parmi les choses inutiles par ceux qui dédaignent de se convaincre au moyen de l'étude attentive et directe des faits (initiation un peu pénible à la vérité), ou qui refusent de puiser dans un examen critique judicieux les éléments d'une conviction raisonnée..., la théorie pastorienne a acquis de nombreux et éminents adeptes. Quant à l'une de ses conséquences la plus précieuse, sans aucun doute, c'est-à-dire l'antisepsie chirurgicale et obstétricale, elle est généralement acceptée et appliquée par tous les hommes que n'égare point un aveuglement doctrinal et qui ne comptent qu'avec les résultats.

Je n'ai pas à incriminer l'enthousiasme exagéré ou l'excessive précipitation des disciples de Pasteur, convaincu que je suis, que toute idée neuve comporte une certaine somme d'aberrations, qui trouve d'ailleurs son pendant dans les fins de non recevoir des réactionnaires quant même, décidés à rester obstinément en dehors de toute découverte nouvelle. L'histologie a traversé une pareille phase, et je ne suis pas assez vieux pour avoir oublié avec quel dédain on traitait, il y a quinze ans encore, les fervents du microscope?

Je pense même qu'il est naturel que les défenseurs d'une même doctrine se serrent les coudes et s'appuient fermement les uns sur les autres pour le triomphe du dogme fondamental.... Les erreurs de détail se dissiperont successivement, le jour où les objections seront fournies par les hommes compétents, qui auront pris la peine de regarder avant de juger et de condamner. Aussi, lorsque M. X... attaque les microbes au nom de la sacro-sainte tradition du passé, je n'en suis guère ému, encore moins effrayé. Et, d'un autre côté, ceci me raffermit, en me donnant confiance, c'est que tous ceux qui, prenant le taureau par les cornes, se sont imposé la tâche de l'étude sérieuse avant celle de la critique, sont restés convaincus d'un certain nombre de faits primordiaux, désormais inébranlables. A travers le chaos de l'inconnu, encore immense (la vérité absolue sera-t-elle jamais découverte?), ce sont ces mêmes faits toujours attaqués, toujours victorieux, qui nous

conservent notre foi, sans cependant nous aveugler sur les points moins bien élucidés, partant moins certains.

Si donc, tous les travaux, toutes les recherches ont leur poids, tous n'ont pas la même valeur; car la déduction apparente s'éloigne parfois des bases rigoureusement établies et le raisonnement vient souvent se mettre à la place du fait constaté. Ainsi, je me refuse, pour ce qui est de moi, à accorder la même confiance, en matière de microbiologie, à l'examen microscopique qu'à la culture des germes. Autant le premier est douteux, autant la seconde est probante. Je ne nie pas l'importance de l'examen, surtout quand il s'agit de reconnaître un organisme de forme spéciale et bien déterminée, et je sais que c'est, pour les observateurs familiers avec ces recherches, un procédé rapide et presque certain que le microscope, mais ce n'est pas un procédé réellement et complètement démonstratif. M. Pasteur ne s'y fie qu'à demi; et, dès qu'il est question de ces microbes ténus, presque imperceptibles, les micrococcus, l'erreur ici, est si aisée à commettre, que la culture seule peut décider de l'état de vie ou de mort de ces éléments. Elle nous les montre actifs et susceptibles de germination dans le premier cas, inertes et constitués par de la substance albuminoïde granuleuse, dans le second. Les bacilles eux-mêmes ont prêté à des confusions étonnantes. Il suffit de lire quelques pages d'un opuscule publié par Lewis, chez l'éditeur Doin, en 1880, pour reconnaître qu'il a pris des cristaux immobiles du sang pour des bactéries (voy. p. 63 et suiv., fig. 8 et 9). J'ai vu maintes fois cet aspect, et au début de mes études, j'ai souvent et longtemps hésité, mais l'erreur ne peut être de longue durée pour un observateur attentif initié aux procédés de la technique. A plus forte raison, je le répète, l'hésitation est-elle de mise lorsqu'il est question de bactéries punctiformes.

Or, et c'est là que devait m'amener ce préambule nécessaire, rien n'est dangereux comme les faits déduits d'une expérimentation vicieuse ou insuffisante; car rien n'a le privilège de convaincre comme l'assertion de celui qui dit : j'ai vu, surtout quand il ajoute : j'ai vu mille, deux mille fois. Bien voir

voilà le difficile; ne conclure que d'après la somme des certitudes, voilà qui est plus difficile encore.

En médecine, les faits d'expérience n'expliquent pas tout; d'où la nécessité de faire une place à l'hypothèse; et l'on peut concéder que, sans son aide, et sans les faits d'induction, nous nous heurterions bientôt à un scepticisme absolu. Ce n'est pas trop exiger cependant que de demander que l'on n'étiquette pas de la même façon les vérités acquises et les vérités supposées.

Dans l'espèce, il s'agit de l'étude des lochies de la femme récemment accouchée. Des travaux assez récents, au nombre desquels je me permettrai de placer mes propres recherches, ont signalé la plus grande abondance des germes microscopiques dans l'écoulement des femmes infectées, que dans celui des femmes bien portantes. C'est là une simple constatation qui, bien que n'étant pas d'un ordre rigoureux, a, certes, à mon avis, une certaine importance et surtout une grande utilité. Mais elle ne saurait évidemment, à elle seule, démontrer la nature et l'origine réelles de l'infection des femmes en couche; aussi est-ce sur d'autres notions autrement précises que, pour ma part, j'ai cru pouvoir baser une doctrine qui, d'une manière générale, est assez bien acceptée aujourd'hui.

Tel n'est pas le cas de M. Eustache, professeur d'obstétrique à la faculté libre de Lille. Cet auteur a consacré au sujet qui m'occupe un fort long mémoire, publié dans les *Archives de tocologie* de 1883. La matière, bien que peu nouvelle, présentait des points intéressants à mettre en relief à côté de parties plus banales, et d'un intérêt moindre. Je ne ferai point à l'auteur le reproche d'avoir épuisé la question, puisque le thème était, en quelque sorte, imposé. Les observations qui vont suivre lui prouveront que je n'ai pas traité son œuvre à la légère. Toutefois, je ne puis m'empêcher de considérer que si, aujourd'hui même, un chirurgien instruit venait servir au public médical un long travail sur la couleur, la quantité, l'odeur, la réaction, la composition histologique, etc. des liquides qui suintent au niveau d'une plaie simple, il risquerait fort, à moins de découvertes nouvelles et saisissantes d'in-

téresser fort peu ses lecteurs dûment édifiés sur ces vieilles choses, précieuses en d'autres temps, à la vérité, mais bien connues de tous à l'époque actuelle.

M. Eustache nous raconte, à la manière antique, l'histoire organoleptique, physique, chimique, clinique, séméiologique, etc. des écoulements de la plaie utérine après l'accouchement. Je ne le regrette pas absolument, mais qu'il me permette d'émettre, à cet égard, mon humble avis, et ma formule des lochies ne sera pas longue : 1° L'accouchée est une blessée, ai-je dit ; 2° la plaie de l'accouchement est la surface de l'appareil génital, l'utérus toujours, le vagin et la vulve quelquefois ; 3° de cette plaie, ou mieux, de ces plaies il s'écoule du sang d'abord, de la sérosité ensuite, et, lorsque la muqueuse est en voie de restauration franche, du mucus. Si je signale la présence des éléments anatomiques appartenant à ces différents liquides et accessoirement des produits de desquamation ou de désintégration cellulaire, il me paraît difficile de trouver quelque chose à ajouter. Pour le reste, quantité, durée, etc., à part quelques règles générales, autant de femmes, autant de cas particuliers. Et voilà ce que sont les lochies.

Bien qu'il m'importe surtout d'envisager le mémoire de M. Eustache dans une partie plus originale et qu'il a plus spécialement détaillée, je le suivrai néanmoins dans son étude tout entière. Ce n'est pas que je sois d'accord avec lui, « que l'on doive faire consister l'intérêt réel d'un travail sur les lochies dans la bibliographie et l'érudition ; qu'il faille même se demander si elles sont cause ou effet des affections puerpérales » (... qui songe à cela aujourd'hui?...), mais je pense que certaines de ses assertions veulent être discutées.

L'auteur considère que l'écoulement lochial est une sorte d'appareil enregistreur de l'état des organes génitaux de la nouvelle accouchée, indiquant à l'extérieur la marche régulière ou irrégulière, normale ou morbide, des phénomènes de la *restitutio ad integrum*.

Cela est trop général et c'est inexact dans l'état purement physiologique. Les lochies traduisent l'état vasculaire ; et il est loin

d'être démontré qu'elles aient quelque part à l'involution utérine, hormis ce qui regarde le premier stade de réparation de la muqueuse. L'utérus retourne à son état primitif à la façon d'un exsudat plastique qui se résorbe, d'une tumeur qui se résout, et il est fort probable que ce n'est point par une sorte d'émonction que la chose s'opère. Si cela était, comment expliquer les lochies nulles (et il y en a, si j'en crois Cazeaux que je n'ai aucune raison pour suspecter), et les lochies rares, que personne ne conteste, coïncidant avec une involution régulière et parfois très prompte? Comment comprendre au contraire ces lochies abondantes qui s'éternisent, tandis que la matrice retourne à son volume normal avec une lenteur désespérante?

Une fois les vaisseaux sanguins et lymphatiques oblitérés au niveau de la surface muqueuse, ce qui ne tarde point, celle-ci devient le siège d'une prolifération nouvelle qui constitue l'assise de sa réédification. Les culs-de-sac glandulaires s'emplissent d'éléments jeunes et caducs à la vérité, mais c'est encore là un effort actif qui succède à l'exfoliation d'ailleurs très rapide de l'ancien tissu. Tout ce travail est souvent fort discret et se révèle uniquement par la formation d'un mucus compacte, que l'on peut aisément retrouver à la sarface interne de la matrice, lorsque la mort survient peu de jours après l'accouchement. Il ne me paraît pas loisible de comparer cela à une émonction réelle ayant pour objet ou même pour effet de favoriser notablement l'involution.

Je comprends moins encore cet objet mystérieux, la *purification*, que l'auteur accepte volontiers, sans l'expliquer d'ailleurs, assimilant ainsi l'écoulement lochial à une excrétion salutaire qui donnerait issue à « toute une série de matériaux nuisibles... » « Après cette purgation, dit-il, la femme est véritablement et matériellement purifiée! » ... De quoi? J'avoue que je ne comprends plus du tout cette allusion par trop biblique.

Plus loin, il est question de la source réelle de l'écoulement et il semble véritablement que l'auteur répugne à voir les faits

dans leur simplicité. Pourquoi veut-il considérer la plaie utérine comme une plaie de vésicatoire? Sans rappeler ici les définitions de l'école, je pense que personne ne me contredira si j'émets l'idée qu'il y a plaie chaque fois qu'il y a division de tissus, par conséquent mise à nu d'éléments anatomiques, cellules, fibres, etc.; division ou rupture de vaisseaux sanguins et lymphatiques. A la vérité, la lésion résultant de la vésication de causes chimique, physique ou mécanique, succédant par conséquent à l'exfoliation partielle de l'épiderme, est une plaie véritable; mais, pour pouvoir être comparée à la plaie utérine, il lui manque justement l'essentiel : l'effraction des vaisseaux sanguins.

C'est donc bien un traumatisme complet que crée la déhiscence de l'œuf, et l'on ne peut se refuser à en admettre les conséquences générales. Au reste, on retrouve ailleurs l'entière adhésion de l'auteur à cette manière de voir dans un exposé complet des phénomènes. Mais ce n'est pas sans un vif étonnement qu'on lit, à la suite, ces mots, expression d'une idée indéfinie à laquelle il paraît décidément tenir beaucoup « ... en un mot, formation d'une plaie, mais d'une plaie de *nature absolument spéciale*, *entièrement physiologique !* »

Les traumatismes subis par le col, le vagin et la vulve, n'ont, eux, je suppose, et M. Eustache le reconnaît, rien de spécial, rien de physiologique, et il faudra bien compter avec eux par la suite.

Il n'y a rien de particulier à relever dans la partie historique. Quant aux divisions classiques des lochies, elle me paraît assurément surannée, mais à défaut de mieux, les lochies rouges, les lochies blanches, auxquelles on pourrait ajouter toutes les nuances intermédiaires, et il y en a beaucoup, parlent assez nettement à l'esprit. Ces dénominations ont cependant un tort selon moi, c'est de représenter la succession des phénomènes comme constante et nécessaire; or, que M. Eustache le veuille où non, et je m'engage à le lui montrer quand il le désirera, rien n'est plus fréquent que de voir succéder, à l'écoulement à peine teinté des premiers jours, un suintement rare d'un

liquide tout à fait transparent, d'une discrétion telle que c'est à peine s'il mérite le nom de lochies. Ce suintement peut même passer inaperçu et rien ne saurait faire soupçonner, dans les phénomènes extérieurs, l'existence d'un accouchement récent. D'autres fois le retour du sang a lieu deux, trois, quatre fois et plus souvent encore, après un court intervalle de suppression complète. Caillots qui se détachent, fluxions rompant des vaissaux mal oblitérés, contractions, mouvements rouvrant une fissure incomplètement cicatrisée, telles sont les causes de ces retours de l'hémorrhagie toute traumatique. Il y a des femmes qui ne perdent point de mucus véritable d'une façon visible, encore moins le liquide muco-purulent dont on parle partout. Il faut évidemment des conditions spéciales, entre autres l'absence d'un état irritatif, antérieur, spécifique, virulent ou autre, et la suppression de toute cause d'irritation ou de contamination actuelles, pour que la chose se passe de la sorte; mais le fait n'est point douteux, surtout quand on pratique l'antisepsie bien raisonnée. Il est à noter que, dans cette antisepsie, je ne fais pas rentrer les injections vaginales, car, chez les femmes auxquelles je fais allusion, on les supprime dès le second jour de l'accouchement. J'avais signalé cette particularité dans ma thèse et, depuis, j'ai acquis la certitude que cette observation a été vérifiée maintes fois à l'étranger, notamment à Prague, où mon ami, le Dr Porak, a entendu un accoucheur célèbre affirmer que, depuis qu'il fait de l'antisepsie, les lochies blanches, dans l'ancienne acception du mot, n'existent plus chez les accouchées.

Dans les services d'accouchement de mes maîtres et amis de Paris, même constatation a été faite, et je puis affirmer qu'à la clinique d'accouchements de la Faculté les choses se passent ainsi. Mes premières observations m'avaient fait émettre l'avis que, dans les conditions sanitaires les plus favorables, à la campagne et dans les classes aisées à la ville, cet idéal de la suppression des *lochies blanches laiteuses*, *muco-purulentes*, *purulentes*, etc., devrait être facile à réaliser. J'en suis certain maintenant et je suis heureux de joindre à mon opinion l'avis

d'un maître éminent, M. le Dr Siredey, nettement exprimé dans son remarquable ouvrage sur les maladies puerpérales.

Je dois reconnaître, d'ailleurs, que M. Eustache s'efforce d'atténuer, et qu'il n'admet point comme démontrée la nécessité des lochies purulentes. Il s'arrête aux lochies muco-purulentes, mais il ne va point jusqu'au pus louable. Cette sécrétion n'est pas contestable chez certaines femmes et j'en dirai plus tard les raisons. Mais nous voilà bien loin des purgations et de la purification ?

Somme toute : sang, sérosité, mucus, éléments anatomiques sains ou en voie de désintégration, voilà l'écoulement lochial. La durée, l'abondance, la couleur. etc., se rapportent à des phénomènes intrinsèques de la plaie génitale.

J'arrive à un sujet qui comporte des remarques plus intéressantes: les propriétés organoleptiques des lochies : et d'abord *l'odeur*. Il est hors de doute que les liquides qui suintent des parties génitales des accouchées et qui séjournent longtemps à leur contact exhalent une odeur particulière dont il serait difficile de définir la nature. Il est même évident que, chez certaines femmes, cette odeur prend un caractère très spécial que je ne m'arrêterai pas à commenter, car, qu'il y ait là matière à dissertation sérieuse, je ne le pense pas. L'essentiel de la question gît dans le sens que l'on attribue à l'épithète de *fétides*. Si l'on entend par ce mot tout ce qui sent mauvais. il serait peut-être malaisé d'accorder entre elles les opinions diverses des observateurs et probablement leur odorat : fétides. les lochies de la femme rousse ; fétides, celles de l'arthritique ; celles de la syphilitique, de la cancéreuse, de la scrofuleuse ; en un mot, fétide, tout ce qui n'est pas inodore ou parfumé.

Je pense que nos aïeux étaient plus difficiles que cela, et qu'ils savaient ce que parler veut dire, lorsqu'ils exprimaient par ces mots : *gravis odor puerperii*, l'exhalation spéciale des lochies du cinquième et du sixième jour. Or, cela s'explique fort naturellement. Comme on se contentait de lavages fort superficiels, il était de règle, qu'à ce moment, il se produisit une fétidité réelle, surtout au voisinage de la vulve. Pourquoi

donc s'efforcer d'atténuer les faits ? C'est une conséquence forcée, que la putréfaction plus ou moins accentuée du sang et de la sérosité, au contact de l'air et de ses germes ; à moins qu'on n'y veille assidûment. Toute la question est là. Je ne discute pas ici les dangers pour la femme, car, à la vérité, ils sont fort diminués à l'époque où apparaît la fétidité, mais je constate le fait tel qu'il est ; et, nous savons tous que si, dans les maternités, on n'employait pas l'usage fréquent des lavages antiseptiques, toutes les femmes nous présenteraient la *gravis odor puerperii* traditionnelle. C'est donc de cette fétidité dont il s'agit en réalité, et non de la fadeur, ou de l'odeur cadavéreuse, dont parle M. Eustache, diminutifs qui représentent des nuances seulement et dont les soins minutieux de propreté ont aisément raison. Je n'aurais pas tant insisté sur ce caractère : l'odeur, si ce n'était un élément d'un haut intérêt dans la pratique courante. En effet, les lochies putrides émanent le plus souvent d'un foyer de putridité profond et ne font que traduire un état grave. Lorsqu'elles sont accompagnées de symptômes généraux tels que frissons, fièvre, diarrhée, sueurs, elles signifient *infection*. C'est une donnée générale que j'indique et cette donnée s'accorde souvent avec les faits. Non point d'une manière absolue cependant, car, comme je l'ai montré dans ma thèse, la putréfaction peut ne constituer qu'un danger médiocre, et les anciens le savaient bien lorsqu'ils faisaient la différence entre l'infection purulente et l'infection putride, celle-ci moins redoutable que celle-là.

Dans la règle, la septicémie se développe au sein des foyers putrides, et voilà pourquoi nous craignons la putridité.

Je ne répéterai pas ici ce que chacun sait des belles expériences de Pasteur sur la septicémie, et sur le rôle des germes anaérobies et des germes aérobies ; il suffira que ceux qui ne sont pas absolument au courant des faits relisent les discussions nombreuses et passionnées, qui n'ont fait que donner plus de solidité aux doctrines du maître.

Maintenant, vouloir trop forcer la note et croire que toute fétidité comporte nécessairement l'infection septique, c'est

exagérer et, partant, commettre une erreur préjudiciable à l'idée vraie.

J'irai même plus loin, en disant que, dans certains cas, des tissus organiques peuvent présenter les caractères de la fétidité la plus marquée, sans pour cela renfermer un seul organisme aérobie ou anaérobie, visible au microscope, ou susceptible de multiplication par les différents procédés connus. — Je me rappelle toujours un cas dans lequel un placenta, de deux mois environ, avait été retenu dans l'utérus d'une femme qui venait d'avorter et qui fut extrait par le professeur Depaul. Je cherchais les microbes et ne pus réussir à les découvrir.

Des transformations chimiques, des fermentations spéciales avec production de gaz fétides, peuvent évidemment prendre naissance au sein de l'organisme, sans l'aide des ferments ordinaires. Mais ce gaz, mais ces tissus ou ces liquides ne sont point nuisibles, du moins sérieusement, et la femme en question nous en donna bien la preuve. Bien que privée de soins antiseptiques rigoureux, elle n'eut aucune sorte d'accidents. Mais, je le répète, elle n'avait aucun organisme dans sa plaie génitale.

En résumé, au sens scientifique strict, l'odeur fétide traduit *le plus souvent* la putréfaction, qui, elle, prépare souvent la septicémie ou marche de pair avec elle.

Exceptionnellement, la fétidité est l'indice de la putréfaction se produisant isolémment sans la septicémie; *plus exceptionnellement encore*, elle est l'expression d'une décomposition chimique sans organismes.

Est-ce à dire qu'il faille n'en prendre qu'un souci modéré ? Tout opposée est la manière de voir de la grande majorité des accoucheurs, et c'est à bon droit qu'ils redoutent la fétidité ; c'est à bon droit qu'ils la considèrent comme le précieux avertissement d'un péril imminent. On ne peut qu'approuver cet excès de prudence, et M. Lefebvre, dans une thèse toute récente sur les lochies, a bien montré les services que rendent les précautions qui visent à la destruction de la fétidité des lochies. Beaucoup de praticiens ne voient que cet objet dans

l'antisepsie, et c'est déjà quelque chose que ce progrès sur les idées anciennes.

Par contre, l'infection septique n'a pas absolument besoin d'être précédée par la putridité, et des femmes peuvent succomber bien avant l'apparition de ce signe. La chose n'est plus à démontrer.

Que dire maintenant de la couleur? Le sujet ne mérite pas de nouveaux commentaires. J'ajouterai seulement un point qui a échappé à M. Eustache. La coloration jaune ou roussâtre de l'écoulement, à certains moments, dépend uniquement de la présence de magmas fibrineux en déliquescence. Il semble qu'on doive expliquer leur formation par le séjour prolongé, dans les cavités utérines, de caillots qui se sont dépouillés successivement, de l'eau, de la matière colorante et des globules, avant de traverser le col. J'ai souvent vérifié la nature du liquide dans ces cas.

Me voici arrivé au point capital du sujet : l'étude microscopique des lochies. — J'avoue à M. Eustache, que M. Pasteur et moi, nous ne devons point voir de la même façon que lui, et je le lui accorde; mais, pour ce qui est des procédés, je pense qu'il trouverait peu à critiquer. La solution de potasse m'est assez familière; et quant aux objectifs et au grossissement, je puis lui certifier que ceux que j'emploie ne laissent rien à désirer. L'objectif n° 10 de Vérick, à immersion homogène, est déjà un assez remarquable instrument qui, apparemment, ne le cède en rien à ceux dont il s'est servi (n° 7 de Nachet). Je ne comprends donc guère la portée de son allusion, quand il dit : « C'est pour avoir négligé ces petits détails de préparation, que les observateurs ont pu ne pas les voir (les microbes) dans beaucoup de cas, et nier leur existence là où une observation plus attentive l'aurait aisément démontrée. » Je suppose que c'est un peu pour moi et mes recherches que l'auteur parle, car, auparavant, on ne faisait guère d'antisepsie, et Hugh Miller, qui d'ailleurs a bien étudié la question, avait toujours rencontré des organismes ; il aurait été difficile qu'il en fut autrement. Depuis, le sujet avait été assez négligé. Mais

je laisse de côté cette petite querelle de technique que je livre à l'appréciation de ceux qui sont fixés sur les connaissances de M. Pasteur en cette matière, car je m'empresse d'ajouter que quelques-uns des examens négatifs rapportés par moi ont été écrits sous le dictée de ce maître. Pour ce qui est de ma propre capacité en fait de microscope et de recherches micro-biologiques, il ne m'appartient pas d'en parler, et surtout de la comparer à celle de M. Eustache, dont j'ignorais, jusqu'à son mémoire, la haute compétence.

Je ne dirai rien de l'étude des éléments anatomiques, car j'ai hâte d'arriver au sujet principal : les micro-organismes des lochies.

M. Eustache n'est pas heureux, car il n'a pas rencontré le *trichomonas vaginalis* dans le vagin de ses malades, dont il a examiné *deux mille fois* les lochies (je n'exagère pas ; il dit : *les milliers d'examens...* page 477), et il ajoute que cet animalcule n'a jamais été signalé dans les écoulements lochiaux, quoi qu'en dise Tarnier. Je me permettrai de répondre à l'auteur qu'il a mal lu, que M. Tarnier a raison, et que, pour ma part, j'ai rencontré quelquefois le trichomonas. Il est assez aisé à voir, même au milieu des éléments anatomiques désagrégés et en mouvement dans une préparation fraîche. Sa présence se trouve indiquée dans un certain nombre des examens dont je n'ai publié qu'une très petite quantité, et il se trouve notamment que le fait est rapporté dans une des observations de ma thèse, p. 82, obs. XIII. Au surplus, je ne vois pas pourquoi il ne se rencontrerait pas dans le vagin d'une femme accouchée, puisqu'on le découvre dans celui des femmes non accouchées ; j'oserais même croire que c'est en raison de son habitat d'élection qu'on a songé à le décorer de l'épithète de *vaginalis*. M. Eustache, qui y trouve toujours de simples microbes dont il fait si peu de cas, voudrait-il en refuser le séjour à un infusoire d'une telle distinction ?

Il n'a pas été plus heureux, du reste, avec les cellules ciliées vues par Hugh-Miller.

Mais voyons donc quels sont les organismes dont il va être question maintenant. Je cite textuellement :

« Robin, dans ses leçons sur les humeurs normales et morbides, dont la deuxième édition date pourtant de 1876, se contente de dire : *Le liquide, plus ou moins visqueux et odorant, est parsemé de granulations moléculaires grisâtres très nombreuses et d'un certain nombre de petits granules graisseux.* Depuis cette époque, ces granulations moléculaires, si délaissées, ont pris une importance capitale ; on leur a accordé des propriétés particulières, et notamment la vie, et on en fait de véritables organismes, végétaux ou animaux, peu importe, dont l'étude est du plus haut intérêt. »

Si c'est ainsi que pense M. Eustache, comme il l'écrit, je comprends qu'il ait vu ces *granulations* partout ; mais, qu'il assimile les granulations de M. Robin à des microbes, c'est faire injure à M. Robin, qui connaît fort bien les microbes, bien qu'il puisse avoir d'autres idées que nous sur leur compte. Pour ce qui est de leur accorder la vie, comme il le fait, c'est pis encore, car il n'est pas, à Paris, un homme, si exercé qu'il puisse être, qui se fie à son microscope, dès qu'il s'agit de corpuscules de ce genre, et qui ne sache que la culture est seule capable de trancher la question.

J'ai vu cent fois, je le répète ici, M. Pasteur, dans des examens de ce genre, hésiter et faire ensemencer séance tenante une gouttelette du liquide. J'ai fait de même ; et si je n'ai pas rendu compte de ces cultures, c'est que, dans l'espèce, elles n'avaient aucun intérêt pour moi, si ce n'est de me démontrer l'absence ou la présence d'organismes dans les lochies. Mais, dans des recherches scientifiquement rigoureuses sur la question de l'infection puerpérale, je n'avais nullement à me préoccuper de la nature des germes de toute sorte, confondus dans un liquide qui avait pu séjourner au libre contact de l'air.

J'en dirai autant des chapelets et des zooglées, des corpuscules à mouvement brownien, dont parle M. Eustache, ainsi que *du bacillus* ou *bâtonnet, plus généralement connu sous le nom de « bactéridie charbonneuse », nom qui a été remplacé,*

dans ces dernières années, par celui de « bacillus anthracis... »

Qu'est-ce que la bactéridie charbonneuse ou bacillus anthracis (bacille du charbon, s. v. p.) a à faire avec les lochies? Les accouchées de M. Eustache avaient-elles donc le charbon, comme celles de M. Feltz? ... (1)

J'ai une confiance absolue dans les découvertes de l'auteur, comme je le disais tout à l'heure, mais j'avoue que je me sens porté, malgré moi, à une certaine défiance vis-à-vis de ses interprétations. Il me pardonnera, j'espère, mon aveuglement; car je ne saurais être, dans le cas actuel, suspecté de microbiomanie : c'est lui qui voit partout le microbe et les lochies de toutes ses femmes en renferment... tandis que je ne le vois que... quelquefois. Il est vrai qu'il ne lui attribue aucune propriété malfaisante; et, pour être franc, si je m'en fie à ses descriptions, je suis assez de son avis : je n'ai pas grand peur de certains de ses microbes.

(*A suivre.*)

CONTRIBUTION A LA PATHOGÉNIE ET AU DIAGNOSTIC

DU BASSIN VICIÉ PAR LE GLISSEMENT VERTÉBRAL

(*Spondylolisthésis*)

Par le Dr François Neugebauer (de Varsovie).

Nous avons eu occasion, dans le cours de nos études en Russie et en Allemagne, d'étudier la majeure partie des cas de spondylolisthésis connus jusqu'ici dans la science.

Nous avons été assez heureux, pendant notre trop court séjour à Paris, de pouvoir ajouter un complément important à nos connaissances sur ce sujet. Nous donnons ici un compte rendu d'une communication que nous avons présentée à la Société anatomique de Paris (séance du 30 novembre 1883).

---

(1) *Académie de médecine*, 1879. Erreur relevée par M. Pasteur et rectification de M. Feltz.

C'est à Kilian que nous devons la découverte de cette variété de déformation du bassin, si remarquable au point de vue de son développement, si redoutable au point de vue de l'accouchement dans tous les cas où le glissement vertébral atteint un degré très prononcé.

D'après nos recherches, fondées sur l'examen de dix des 17 pièces anatomiques connues jusqu'ici et sur les observations cliniques relatives à quelques-uns de ces cas, et, de plus, de 26 autres cas ayant pour objet des femmes survivantes, nous avons pu établir que : *Le glissement vertébral est une déformation qui se produit toujours dans la vie extra-utérine, sans l'intervention d'aucune dyscrasie primitive, d'affections osseuses de nature inflammatoire ou spécifiques* (rachitisme, ostéomalacie, carie. ostéite), *par le poids physiologique du tronc, agissant à la faveur de certaines prédispositions chirurgicales* (surtout lorsque ce poids vient à être augmenté par une surcharge du corps, des grossesses répétées, etc.), *et que cette déformation n'est pas limitée à l'articulation sacro-lombaire de la colonne vertébrale, ni liée nécessairement à l'âge ou au sexe du sujet.*

Les principales hypothèses qu'on a faites pour expliquer la pathogénie du glissement vertébral, celle d'un *hydrorhachis congénital* (Lambl), *d'une luxation des articulations lombo-sacrées* (v. Weber-Ebenhoff), et enfin *du ramollissement des arcs vertébraux par une carie, le mal de Pott* (Herrgott), ont été abandonnées en partie, par leurs auteurs eux-mêmes, en présence de nos recherches anatomiques et cliniques, et, à l'heure actuelle, il n'existe plus, sur ce point de pathogénie, qu'une seule théorie en outre de la notre, celle du professeur Hergott, que l'auteur vient de modifier dans son dernier travail. La divergence de ces deux opinions ne porte d'ailleurs que sur la manière d'interpréter les faits.

Nous pensons que, *dans la plupart des cas* observés jusqu'à cette heure, *il ne s'agit guère d'un glissement de la cinquième vertèbre lombaire en entier, mais bien d'un glissement de sa moitié*

antérieure (1), c'est-à-dire de la moitié de la vertèbre, sur laquelle repose de son poids direct la quatrième vertèbre lombaire, et par son intermédiaire, le tronc en totalité, tandis que la moitié postérieure de la cinquième vertèbre lombaire (2) reste en place. Elle ne subit ainsi qu'une déformation secondaire tenant aux tractions auxquelles elle est soumise de la part de la moitié antérieure de la vertèbre déplacée en avant, par l'intermédiaire des ligaments. du cal réparateur, de l'arc allongé et distendu dans sa portion interarticulaire, etc.

Dans tous les cas, on trouve une augmentation de diamètre antéro-postérieur qui peut aller même au delà de 3 cent. 1/2. Elle correspond au degré de glissement du segment antérieur de la vertèbre, et se caractérise par un allongement de la portion moyenne de l'arc vertébral. Cette déformation dépend de deux grandes causes pathogéniques.

1° *Elle peut être congénitale* (*spondyloschizis lateralis interarticularis congenita*) par arrêt de développement causé par un défaut d'ossification entre les deux principaux noyaux de chaque moitié de l'arc; nous en avons observé et décrit les variétés les plus diverses sur environ 70 pièces, nous en possédons nous-même 7 pièces, et nous venons de recueillir, à Paris, une nouvelle observation sur la cinquième vertèbre lombaire au musée de M. Farabeuf, une seconde sur la dernière vertèbre lombaire du grand squelette articulé à la Beauchêne au musée de l'Amphithéâtre des hôpitaux, une troisième enfin (peut-être d'origine fracturaire?) que nous avons trouvée ces jours-ci, dans une recherche faite avec notre confrère, M. Bonnaire, dans les ossements déposés dans les célèbres catacombes parisiennes (3).

2° *Elle est consécutive à une fracture complète ou incomplète*

(1) Corps + racines des arcs + apophyses transverses + apophyses articulaires supérieures.

(2) Lame transversale de l'arc + apophyse épineuse + apophyses articulaires inférieures.

(3) Nous remercions M. Rigaud, ingénieur des mines, d'avoir bien voulu nous donner l'autorisation pour faire nos recherches dans les catacombes.

de l'arc avec guérison incomplète, cal insuffisant et, par suite, distendu d'avant en arrière.

Mais ce n'est pas seulement la partie antérieure de la vertèbre qui, par son glissement, peut déterminer le spondylolysthésis, — *la cinquième vertèbre lombaire en totalité peut se déplacer et se porter en avant.* Ce mouvement ne peut se produire que par un arrachement fracturaire des apophyses articulaires sacrées, lesquelles constituent le soutien physiologique de cette vertèbre. A cette pathogénie, se rattache le cas bien connu sous le nom de bassin de Breslau (Strasser (1) Neugebauer (2)), probablement le bassin de Paderborn, etc. Ce glissement de la vertèbre en masse demeure forcément restreint et il a pour limite le déplacement des apophyses sacrées, qu'il entraîne avec lui en avant. L'obstacle qui empêche l'écartement de devenir considérable est constitué d'une part par la résistance des ligaments du voisinage et d'autre part par le rebord postérieur supérieur du corps de la première vertèbre sacrée, sur lequel vient buter la partie déplacée.

Les choses étant ainsi en place, que va-t-il advenir? Le corps de la dernière lombaire qui reçoit tout le poids du tronc ne se trouve plus assis d'aplomb sur la base du sacrum; il est porté un peu en avant, et, sous l'influence de la pression oblique que lui imprime la pesanteur, le déplacement tend à s'accroître continuellement.

Lentement, la moitié antérieure de la vertèbre bascule, l'arc restant toujours fixé par ses crochets, elle descend en avant, tandis que l'arc se distend; il s'incurve sous cette même propulsion, et il arrive un moment où il peut se rompre. C'est alors que le corps de la dernière lombaire a quitté ses anciens rapports avec la base du sacrum et est venu se fixer dans une position très oblique sur la face antérieure du sacrum au dessous du promontoire où le fixe, à la longue, une synostose indélébile.

(1) H. Strasser. « *Uber Spondylolisthesis* ». *Breslauer Arztliche Zeitschrift,* n°s 3 et 4, 1882.

(2) F. Neugebauer. « *Ætiologie der sogenannten Spondylolisthesis* ». *Sep.-Abdruck aus dem Archiv. f. Gynäkologie,* 1882. Bd. XX, Heft. 1, S. 45 ff.

Mais le spondylolisthésis n'atteint pas toujours un degré aussi accusé, et il se peut que la synostose, qui fixe à jamais le corps de la vertèbre déplacée au sacrum, se produise dans une situation intermédiaire entre le glissement initial et le prolapsus complet dans le petit bassin. Ce degré se réduit-il à une simple inclinaison, on a le *spondyloklisis* de Lambl; la chute est-elle complète, la lésion devient un *spondyloptosis*. Quant à la production d'une fracture sur l'arc ainsi tiraillé, elle dépend de causes multiples.

Toutes choses égales d'ailleurs, il y aura fracture lorsque la chute définitive, le *spondyloptosis* s'effectuera brusquement, soit sous l'influence de l'âge, soit aussi sous l'influence de causes qui agissent dans le même sens que la pesanteur (mouvements pour soulever des fardeaux); il n'y aura pas de fracture dans les cas où la chute définitive s'effectuera lentement, comme par exemple dans le bassin de Paderborn. En résumé, nous considérons qu'il y a deux variétés de glissement vertébral :

I. *Glissement du segment antérieur de la dernière vertèbre lombaire* par suite d'une solution de continuité de l'arc dans ses parties moyennes, dites interarticulaires. A. *congénitale* par arrêt de développement (*spondyloschizis lateralis congenita*); B. *traumatique* par fracture, fissure, guérison incomplète, déformation du col réparateur, col insuffisant, etc.

II. *Glissement de la dernière vertèbre lombaire en masse par arrachement traumatique des apophyses articulaires sacrées.* — Le déplacement de ces apophyses arrachées une fois arrêté, la dernière lombaire s'arrête de même, et l'arc maintenu par ses crochets, ce n'est que le segment antérieur de la vertèbre qui continue à se déplacer, à glisser en avant et en dedans du petit bassin sous l'influence de la pesanteur du tronc.

M. le professeur Herrgott, dans son dernier travail (1),

(1) F.-J. Herrgott. *Spondylizème et Spondylolisthésis*, nouveaux documents pour l'étude de ces deux espèces de lésions pelviennes, avec une traduction de l'étude de l'*Étiologie de la spondylolisthésis*, par le Dr Frantz-L. Neugebauer. *Annales de gynécologie*, mai 1883, t. XIX. p. 321-352.

a bien voulu fixer son attention sur nos recherches, et reconnaître l'exactitude des faits que nous venons de signaler au point de vue anatomo-pathologique. Qu'il nous soit cependant permis de ne pas partager ses avis au point de vue de l'évolution pathogénique de la lésion. Selon lui, le phénomène primordial capital, d'où découle la production des déformations osseuses, c'est l'*ostéite* due à un traumatisme antécédent. L'os est d'abord modifié par l'inflammation dans ces conditions de résistance, et ce n'est que secondairement que le glissement se développe sous l'influence de la pesanteur.

Ce en quoi notre opinion diffère de celle du professeur Herrgott, c'est que, tout en admettant les mêmes facteurs dans la pathogénie des phénomènes, nous leur attribuons une importance inverse. Pour M. Herrgott, le *traumatisme n'est qu'une cause adjuvante, accessoire*, l'altération de structure de l'os joue le rôle important, tandis qu'au contraire, *le point de départ de la lésion, suivant nous, est toujours un traumatisme en arrière du corps de la vertèbre*, l'ostéite, et, partant, les déformations du squelette ne sont que deutéropathiques.

M. Herrgott nous oppose comme principale objection que, s'il y a fracture, la déformation doit la suivre immédiatement. A ceci nous répondons, en rappelant que la solution de l'os initiale, tout en étant le point de départ consécutif, n'est jamais assez importante par elle-même, pour déterminer un effondrement de l'axe rachidien à un degré tel que celui que nous observons à la période la plus avancée du spondylolisthésis. Un glissement vertébral analogue se pourrait bien faire immédiatement à la suite d'une fracture, mais à condition que le corps de la première sacrée serait brisé, ce qu'on n'a guère trouvé dans les cas de glissement dans la région lombo-sacrée. J'ai donné ailleurs (1) les dessins d'une pièce de cyphose d'origine traumatique, qui représentent une sorte

(1) F. Neugebauer. « *Ætiologie der sogenannten Spondylolisthesis* ». *Sep.-Abdruck. a. d. Archiv. f. Gynäkologie*, 1882. Bd. XX, Heft 1, S. 31, fig. 27 et 28.

de glissement instantané de la huitième vertèbre dorsale, dû à une fracture de l'arc et du corps de la neuvième. J'ai d'ailleurs vu une semblable pièce dans le musée anatomique de l'hôpital Laënnec (1), recueillie dans le service de M. Nicaise (n° 35, fracture de la première vertèbre lombaire, salle Malgaigne, 1880).

Quant aux cas qui nous occupent, il est hors de doute, suivant nous, que si on pouvait soustraire, après l'accident initial, la colonne vertébrale à l'action de la pesanteur, si on pouvait, suivant le cas, empêcher la partie antérieure de la vertèbre de s'éloigner de son segment postérieur, ou bien maintenir en place la cinquième lombaire en rapport avec la base du sacrum après arrachement des apophyses sacrées, l'évolution du spondylolisthésis se trouverait arrêtée à sa naissance.

C'est donc un travail lent, par suite de l'action mécanique de la pesanteur, qui va faire commencer l'évolution du spondylolisthésis à partir du moment où la fissure osseuse aura eu lieu. La divergence principale de nos idées et de celles de M. Herrgott portent sur cette période d'évolution lente. Pour M. Herrgott, *le phénomène vital*, l'*ostéite*, devient l'agent qui domine la scène; pour nous, *c'est une action purement physique : la pesanteur.*

Nous pourrions invoquer comme preuve, à l'appui de notre hypothèse, les cas de *spondyloschizis lateralis congenita*, suivis de glissement vertébral où il est impossible de faire intervenir

(1) Dans le même musée j'ai aperçu une colonne vertébrale fort intéressante au point de vue du diagnostic différentiel entre le spondylolisthésis et l'inflexion du sacrum causée par ramollissement des os. Il s'agit d'une inflexion exagérée de la première vertèbre sacrée sur la seconde chez une vieille femme dont presque toutes les parties osseuses de la colonne vertébrale ont été envahies et complètement ramollies par un carcinome généralisé. En faveur de cette *ostéomalacie cancéreuse*, la femme étant forcée de garder le lit pendant les derniers mois de sa vie (à demi assise ou dans le décubitus dorsal), le sacrum avait subi cette inflexion exagérée et singulière sous l'influence mécanique de la pesanteur. Cette pièce ressemble, en effet, au premier coup d'œil, à un spondylolisthésis lombo-sacré et aurait bien pu être prise pour une telle déformation, si l'on avait pratiqué le toucher vaginal pendant la vie.

une action inflammatoire déterminante. On observe, dans ces cas, une solution de continuité de l'arc vertébral par défaut de soudure et, seule, l'action de la pesanteur peut être la cause efficiente du glissement. Prenons pour exemple le bassin de Sarah Bartmann du Muséum d'histoire naturelle de Paris, le bassin de Bonn, les deux bassins de Würtzbourg, les deux pièces de glissement lombaire de Berlin et Breslau. Nous ne savons pour quel motif M. Herrgott se refuse à considérer ces cas si connus comme des types de spondylolisthésis, alors qu'ils en présentent tous les caractères.

Le nombre des observations des bassins spondylolisthésiques est demeuré très restreint jusque dans les deux dernières années; en France notamment on n'en connaissait qu'une seule observation. Cependant des recherches consciencieuses, appuyées sur une symptomatologie très nette et très développée, nous ont permis de collationner un total de quarante-trois observations, dont le diagnostic a été établi dix-sept fois sur l'examen des pièces anatomiques, — examen qui, dans un certain nombre de cas, n'a fait que confirmer ce qu'on reconnut pendant la vie, — et vingt-six fois d'après l'observation des sujets survivants.

Nous avons été assez heureux pour pouvoir observer et reconnaître de nos yeux divers cas de spondylolisthésis qui avaient passé jusque-là méconnus ou inobservés. Pendant notre passage à Strasbourg, il nous fut donné de reconnaître cette affection chez une paysanne alsacienne rencontrée dans la rue et qui présentait l'attitude, la démarche et la conformation singulière du tronc pathognomonique. Nous fîmes l'examen consciencieux de la femme et notre diagnostic, fait d'abord au simple coup d'œil, se trouva confirmé, lorsqu'elle nous eut appris que deux ans auparavant on avait dû l'accoucher à l'aide du forceps par suite du rétrécissement du détroit inférieur.

Il nous est tombé sous les yeux, à notre arrivée à Paris, une photographie que M. le professeur Charpentier eut l'obligeance de nous communiquer, représentant une femme que

M. Depaul avait observée en 1868 et considérée comme atteinte de luxation congénitale double iliaque des cuisses, égaré sans doute par des caractères communs *en apparence*, mais dissemblables à un examen approfondi, c'est-à-dire : trouble de la marche (marche dite en canard), déformation de la partie inférieure du tronc (élargissement), tassement du corps. Mais nous avons pu constater que l'élargissement portait non sur la ligne bi-trochantérienne mais sur la ligne bis-iliaque, que le tassement provenait non d'une élévation des têtes fémorales, mais d'un enfoncement de la colonne rachidienne dans l'intérieur même du bassin. (*Spondylizème* (1) *ou Spondylolisthésis ?*)

En troisième lieu, enfin, qu'il nous soit permis de présenter, sous condition de diagnostic hypothétique, un nouveau cas que le hasard a placé sous nos yeux. Il s'agit d'une jeune femme, âgée de 26 ans, Mlle X..., fille d'un commerçant de Paris, qui présente toutes les apparences de la déformation vertébrale qui nous occupe. Nous devons regretter ici que nos instances n'aient pu déterminer la famille à nous permettre de pratiquer un examen plus complet, qui nous eût fourni sans doute un critérium convincant de notre diagnostic.

Cette jeune fille, à l'âge de deux ans, fit une chute à la suite de la quelle persistait, jusque dans ces derniers temps (jusqu'avant deux ans), des douleurs vagues au niveau « *des reins.* »

On avait traité d'abord le genou, puis « la maladie s'était portée dans les reins ». Le point le plus saillant, qui attira surtout l'attention de la famille pendant la marche très lente et très peu caractérisée de la maladie, fut un raccourcissement progressif du tronc (les robes devenant trop longues), en même temps, qu'insensiblement les hanches se déjetaient en dehors, au point de former une saillie bi-latérale anormale et que se développait une petite proéminence osseuse anormale

(1) Nous nous proposons de détailler plus longuement cette question dans un travail ultérieur, en mettant l'effigie du sujet sous les yeux du lecteur.

au niveau de la région lombo-sacrée de l'épine dorsale. Cette déformation caractéristique, le tassement du tronc, l'attitude du bassin, la démarche du sujet nous ont permis de diagnostiquer, a priori, un cas de « pelvis obtecta » par glissement vèrtébral ou par spondylizème d'Herrgott. Plusieurs de nos confrères parisiens, entre autres M. Doléris, M. Durand-Fardel, M. Ribemont-Dessaignes, qui partagent complètement notre avis, ont eu l'obligeance de jeter les yeux sur cette malade et nous avons espoir que tôt ou tard il sera donné à quelqu'un d'eux, plus heureux que nous, de compléter cet examen et d'enrichir la science, s'il y a lieu, d'une nouvelle observation de spondylolisthésis.

En terminant, nous devons remercier notre confrère, M. Bonnaire, interne de la Maternité de Paris, de l'obligeance qu'il a mise à nous aider dans la rédaction de cette note. Enfin, nous ajoutons une liste des observations anatomiques et cliniques des bassins spondylolisthésiques et une note sur la bibliographie de cette lésion pelvienne.

Liste des bassins spondylolisthésiques connus jusqu'à ce jour.

PIÈCES ANATOMIQUES.

1. — *Petit bassin de Vienne* (décrit par Rokitansky, Spaeth, Kilian, Lambl, Herrgott, Chiari), observé en 1835.
2. — *Grand bassin de Vienne* (décrit par Rokitansky, Spaeth, Kilian, Lambl, Herrgott, Chiari), observé en 1837.
3. — *Bassin de Prague-Wuertzbourg* (décrit par Kiwisch, Seyfert, Kilian, Gurlt, Lambl, Königstein, Neugebauer), observé en 1850.
4. — *Bassin de Paderborn* (Kilian, Lambl, Königstein, Neugebauer), 1850.
5. — *Bassin de Munich* (Breslau, Lambl, Königstein, Neugebauer), 1855.
6. — *Bassin de Sarah Bartmann* nommée « Vénus hottentote » du musée du Jardin des Plantes de Paris, 1816, (Hennig, Lambl, Neugebauer), 1855, 1860, 1881, 1883.

7. — *Bassin de Bonn* (Lambl), 1855.
8. — *Bassin de Zurich* (Breslau, Billeter, Neugebauer), 1861.
9. — *Premier bassin d'Halle* (Blasius, Kraus), 1862.
10. — *Deuxième bassin d'Halle* (Olshausen, Lambl, Neugebauer), 1861.
11. — *Bassin des Trèves* (Ender), 1869.
12. — *Bassin de Moscou* (Klein, Lambl), 1871.
13. — *Bassin de Prague A.* (v. Weber-Ebenhoff, Neugebauer), 1873.
14. — *Bassin de Prague B.* (v. Weber-Ebenhoff, Neugebauer), 1874.
15. — *Bassin de Liège* (Vanden-Boosch). 1879.
16. — *Deuxième Bassin de Wuertzbourg* (Neugebauer), 1882.
17. — *Bassin de Breslau* (Strasser, Neugebauer), 1882.

Deux exemples de glissement de l'avant dernière vertèbre lombaire à Berlin et à Breslau ont été observés et décrits par Neugebauer en 1882 et 1883; il en possède un troisième dans sa collection particulière depuis 1883.

Observations cliniques sur des femmes survivantes.

1. — *Coblentz* (Robert), 1855.
2. — *Pétersbourg* (Hugenberger), 1863.
3. — *London* (Barnes), 1863.
4. — *Stuttgart* (Hartmann), 1865.
5. — *San Francisco* (Blaque), 1867.
6. — *Berne* (Breisky), 1874.
7. — *Prague* (I) (Schwing), 1875.
8. — *Christiania* (Schönberg, Vedeler, Faye), 1875.
9. — *Fribourg e. B.* (I), (Hegar-Egger), 1875.
10. — *Fribourg e. B.* (II) (Hegar-Egger), 1875.
11. — *Strasbourg* (I) (Hueter), 1878.
12. — *Bâle* (Bischoff-Perroulaz), 1879.
13. — *Halle a. S.*(I) (Neugebauer), 1880.
14. — *Prague* (II) (Breisky-Neugebauer). 1881.
15. — *Halle* (II) (Volkmann-Leeser), 1881.

16. — *Dresde* (I) (Neugebauer-Winckel), 1882.
17. — *Dresde* (II) (Winckel-Neugebauer), 1882.
18. — *Leipsic* (Neugebauer), 1882.
19. — *Berlin* (I) (v. Rabenau-Swedelin), 1883.
20. — *Berlin* (II) (Neugebauer), 1883.
21. — *Berlin* (III) (Neugebauer), 1883.
22. — *Erlangen* (Zweifel), 1883.
23. — *Fribourg e. B.* (III) (Hegar), 1883.
24. — *Strasbourg* (II) (Freund-Neugebauer). 1881, 1883.
25. — *Strasbourg* (III) (Neugebauer), 1883.
26. — *Paris* (?) (Charpentier-Neugebauer), 1868, 1883.

Quant à la dernière observation que nous venons de recueillir à Paris, nous n'osons pas la signaler dans cette liste avant que notre diagnostic hypothétique soit vérifié d'une façon irréprochable; enfin, il nous reste à mentionner que nous avons cru devoir omettre dans cette liste les deux observations signalées, l'une par Lehmann (Amsterdam) et l'autre par Belloc (Bassin de Belloc-Lenoir), en raison de l'insuffisance des documents et de l'incertitude du diagnostic de glissement vertébral dans ces cas.

Rappelons enfin, à titre de mémoire, l'hypothèse soulevée par M. Schrœder (voir l. c. page 612), d'après laquelle le bassin vicié décrit par *Rowland Gibson*, cité dans un travail de Lenoir (voir *Archives générales*, juin 1859, page 11), ne serait peut-être autre chose qu'un bassin spondylolisthésique.

INDICE BIBLIOGRAPHIQUE SUR LE GLISSEMENT VERTÉBRAL (SPONDYLOLISTHÉSIS)

ADAMS (W). — Transact. of the Obstetric. Society in London 1865 Vol. VI, p. 96.

BARNES (Robert). — a. Transact. of the Obstetric. Society in London, 1865. Vol. VI, p, 78-99. (On the Spondylolisthesis, with an account of a case of pelvic contraction, from this affection, in which premature labour was induced by the authors method.)

Analysé dans : Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, Bd. XXV, Supplement, S. 295.

b. British and Foreign Medico-Chirurgical Review.

c. Lancet 18. Juni 1864.

d. Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorrhagies. Traduit sur la seconde édition par le Dr A.-E. Cordes. Paris, 1873, p. 269, 302.

Belloc. — *a*. Bulletin de la Société anatomique de Paris, n° 2, 3e année.

b. Transactions médicales. Tome XIII, 1833, p. 285.

Billeter (Fritz). — Ein neuer Fall von Spondylolisthesis. Inaugural-Dissertation. Zürich 1862.

Birnbaum (G.-H.) — *a*. Ein Becken mit Ueberhebung der Lendenwirbel von hinten nach vorn. (Monatsschrift für Geburstkunde und Frauenkrankheiten, 1863, Bd. XXI, S. 340-357.)

b. Beobachtungen und Bemerkungen über die geburtshülfliche Bedeutung des Lumbaltheiles der Wirbelsäule. (Monatsschrift f. Geburtskunde und Frauenkrankheiten, 1860, Bd. XV, S. 98-122.)

Blake (James). — Spondylolisthesis causing difficult labour. (Pacific Medical and Surgical Journal, Febr. 1867.)

Analysé dans : The american Journal of medical sciences, Nr. CVII, new series, july 1867, p. 285.

Blasius. — Spondylolisthesis infolge von Caries lumbosacralis. (Monatsschrift f. Geburtskunde u. Frauenkrankeiten, 1868, Bd. XXXI, S. 241-248.)

Bosch (H. Van den). — Bassin spondylolisthésique. Bruxelles, 1879. (Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. Tome XIII, 3e série, n° 6.)

Braun (C.-R.). — Lehrbuch der Geburtshülfe. (Wien, 1857, S. 418-420.)

Braun (Gustav). — Lendenwirbeleinschaltung (Spondyloparembole) als eine neue Ursache einer angeborenen Beckenmissgestaltung mit dreiwinkliger asymmetrischer Hutform und einer absolut indicirten Sectio caesarea in viva während einer urämischen Eklampsie. (Wiener medicinische Wochenschrift, Nr. 25, Juni 1857.)

Breisky (August). — *a*. Ueber den Einfluss der Kyphose auf die Beckengestalt. (Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. Medicin. Jahrbücher, XXI. Jahrg. Bd. I, 1865, S. 21-84.)

b. Zur Diagnose des spondylolisthetischen Beckens an der lebenden Frau. (Archiv. f. Gyn., 1876, Bd. IX, S. 1-9.)

BRESLAU (B.). — *a.* Ein neuer Fall von Spondylolisthesis. (Beiträge zur Geburtskunde und Gynäkologie, von F.-W. SCANZONI, 1855, Bd. II. 8, S. 1-9.)

Analysé dans : Monatsschrift für Geburstkunde und Frauenkrankheiten, 1855, Bd. V, S. 457.

b. Beitrag zur Aetiologie der Wirbelschiebung. (SCANZONI'S Beiträge, Bd. III, S. 94-98.)

c. Ein neuer Fall von Spondylolisthesis. (Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, 1861, Bd. XVIII, S. 411-428.

BROODHURST. — Transact. of the Obstetr. Society in London. Vol. VI, 1865, p. 97.

CHARPENTIER (A.). — Traité pratique des accouchements. Paris, 1883. In-8°, T. II, p. 96-111.

CHIARI (Hans). — Ueber die beiden spondylolisthetischen Becken der Wiener pathologisch-anatomischen Sammlung. (Medicinische Jahrbücher, herausgegeben von der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. Redigirt von S. STRICKER. Jahrgang 1878. Heft I, S. 61-68.)

CREDÉ — (Germann's). Bericht über die Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Königsberg, 1860. (Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, Bd. XVI, S. 344.)

DIDIER (Henry). — De la cyphose angulaire sacro-vertébrale. (Thèse. Nancy, 1874.)

EGGER (Siegfried). — Das spondylolisthetische Becken. (Inaugural-Dissertation. Freiburg, 1875.)

ENDER. — Spondylolisthesis. (Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, 1869, Bd. XXXIII, S. 247-255.)

FAYE (L.). — Reg. VEDELER.

GURLT (Ernst). — Ueber einige durch Erkrankung der Gelenkverbindungen verursachte Misstaltungen des menschlichen Beckens. Berlin, 1854.

Analysé dans : Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, Bd. V, S. 78.

HAAKE. — Bericht über die 38. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Stettin (OLSHAUSEN). (Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, Bd. XVII, S. 301.)

HARTMANN. — Neuer Fall von Spondylolisthesis. (Monatsschrift für Geburstkunde u. Frauenkrankheiten, 1865, Bd. XXV, S. 465-473.)

HEIBERG. — Reg. VEDELER.

HERBINIAUX (M.-G.). — Traité sur divers accouchements laborieux et sur les polypes de la matrice. Bruxelles, 1782, p. 349-354.

HERRGOTT (F.-J.). — *a.* Le spondylizème ou affaissement vertébral, cause nouvelle d'altération pelvienne comparé à la Spondylolisthésis ou glissement vertébral. (Archives de Tocologie. Paris, 1877, p. 66-87, 129-168, 577-587.)

Analysé dans : Centralblatt für Gynäkologie, von H. FEHLING und H. FRITSCH. 1877. Nr. 1, S. 8 u. Nr. 2, S. 24.

b. Spondylizème et Spondylolisthésis. (Annales de gynécologie, mai 1883.)

Analysé dans : Centralblatt für Chirurgie 1883, Nr. 38.

HEWITT (Graily). — New Sydenham Society's Year-book. 1863.

HIRIGOYEN (L.). — De l'influence de la déviation de la colonne vertébrale sur la conformation du bassin. (Thèse Paris, 1880, p. 139-173.)

HOHL (A.-F.). — Lehrbuch der Geburtshülfe. Leipzig 1855. S. 58-61.

HOWITZ (F.). — Hospital-Titende, Optegnelser of pratisk Laegekunst Frad Ind- og Utlandet. Kjebenhavend 20. Sept. 1865. Sur le Spondylolisthésis (traduit dans le premier mémoire d'HERRGOTT).

HUSTER (E.). — Un nouveau bassin couvert, probablement spondylolisthésique. (Dissert. inaugurale. Strasbourg, 1878.)

HUGENBERGER (Th.) — Berichte aus dem Hebammeninstitute für den XV jährigen Cyclus von 1845-1859 incl. (St. Petersburg, 1863, S. 121-122. Separatabdruck aus der St. Petersburger medicinischen Zeitschrift).

Analysé dans : Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, 1863, Bd. XXII, S. 237.

KILIAN (H.-Fr.). — *a.* Commentatio anatomico-obstetricia de Spondylolisthesi, gravissimae pelvangustiae causa nuper detecta. (Bonnae, formis Caroli Georgi, 1853. Accedunt tres tab. lithograph.)

Analysé dans : SCHMIDT's Jahrbücher, Jahrang 1854. Bd. 81, S. 128-129 (HENNIG). — Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, Bd. II, S. 215-320 (RITGEN).

b. Schilderung neuer Beckenformen und ihres Verhaltens im Leben. (Mannheim, 1854. S. 155, 111-127.)

Analysé dans : Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, Bd. V, S. 477.

KIWISCH v. ROTTERAU. — Die Geburstkunde. (2e Abtheilung. Erlangen 1851. S. 168-170.)

KLEIN. — Медицинскій отчетъ Императорскаго Московскаго. Воспитательнаго Дома за 1871 годъ, стр. 66. (Compte rendu de la Maison impériale des Enfants-Assistés de Moscou pour l'année 1871, p. 66.)

KLEINWAECHTER (L.). — Grundriss der Geburtshülfe für praktische Aerzte und Studirende. (Wien und Leipzig, 1881. S. 378.)

KÖNIGSTEIN (Bernh.) — Entstehungsweise spondylolisthetischer Becken. (Inaugural-Dissertation. Marburg, 1871.)

KORMANN (E.). — Lehrbuch der Geburtshülfe. (Tübingen, 1884. In-8°, S. 248-250.)

KRAUS. — Ueber Caries der Wirbelsäule. (Inaugural-Dissertation. Halle, 1867. S. 24.)

KUENECKE (v. Wehren u.) — Naturgeschichte des verengten Beckens. (Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, 1869, Bd. XXXIV, S. 45-48.)

LAMBL (D). — *a*. Reiseberichte. (Prager Vierteljahresschrift für praktische Heilkunde, 1856 ff. Bd. LV-LXI, S. 10, 13, 26, 37, 44, 58, 90, 222.)

b. Verschiedene Mittheilungen. (Virchow's Archiv, 1857, Bd. XI, Heft 2, S. 187.)

c. Das Wesen und die Entstehung der Spondylolisthesis. (Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie, von F.-W. SCANZONI, 1858, Bd. III, S. 179.)

d. Mémoire manuscrit « Sur la conformation de la dernière vertèbre lombaire chez une femme hottentotte, etc. » (Institut impérial de France, Académie des sciences, séance du 10 septembre 1830.)

e. Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie. (Paris, 1860, n°s 38 et 39, p. 619-625.)

f. Московская Медицинская Газета 1861. Nr. 34. (Journal médical de Moscou.)

g. Патологическая анатомія. Харьковъ, 1861, cmp. 57-66. (Cours lithographié des leçons d'anatomie pathologique faites à l'Université de Kharkow).

h. Pamietnik towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Tom. X, 1872, str. 656-658.

i. Протоколы-секціонныхъ засѣданій V-го съѣзда русскихъ естество испытателей и врачей въ Варшавѣ. Варшава. 1876. (Протоколъ втораго засѣданія секціи антропологіи и этнографіи 4/16 Сентября. (Procès-verbal de la deuxième séance de la section d'anthropologie

et d'ethnographie de la cinquième assemblée des naturalistes et médecins russes à Varsovie 4/16. Septembre 1876.)

k. (Primitive Spondylolisthesis und deren Verhältniss zur Steatopygie an der hottentottischen Venus.) Centralblatt für Gynäkologie, 1881, Nr. 11, S. 251-259 ; Nr. 12, S. 281-287.

LANGE (Wilhelm). — Lehrbuch der Geburtshülfe. (Erlangen, 1868, S. 680-696.)

LAZAREWITSCH (J.-P.). — Курсъ акушерства. Харьковъ, 1879. стр. 527-530. (Cours d'accouchements. Kharkoff, 1879, p. 527-520.)

LEHMANN (L.). — Nederl. Weekblatt, Sept. 1854. Amsterdam.

Analysé dans : *a*. (SCHMIDT's Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medicin. Jahgrang 1855. Bd. LXXXVIII, Nr. 12, S. 328. Muthmaasliche Spondylolisthesis.)

b. Monatsschrift für Geburstkunde u. Frauenkrankeiten, 1856, Bd. VII, S. 48.

LENOIR (A.). — Déformation du bassin par luxation spontanée des os du bassin, et spécialement des os qui forment l'articulation sacro-vertébrale. (Archives générales de médecine. Paris, 1859. Vol. 1, p. 182-201.)

Analysé dans : Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, 1859, Bd. XXV, S. 75.

LESER (E.). — Ein Fall von Spondylolisthesis nach Fractur der Wirbelsäule. (Aus der Volkmann'schen Klinik. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 5 December 1881.)

LUSCHKA (Hubert). — Die Anatomie des menschlichen Beckens. (II. Bd., 2. Abth. Tübingen, 1864. S. 112.)

Analysé dans : Monatsschrift für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten, 1865, Bd. XXV, S. 159.

NAEGELE (H.-F.). — Lehrbuch der Geburtshülfe, hrsg. von Dr. W.-L. GRENSER. (IV. Aufl. Mainz, 1854, S. 484. VIII. Aufl., 1872, S. 530.)

NEUGEBAUER (Franz). — *a*. Die Entstehung der Spondylolisthesis. (Vorläufige Mittheilung. Centralblatt für Gynäkologie, 1881, Nr. 11, S. 260-261.)

b. Zur Entwickelungsgeschichte des spondylolisthetischen Beckens und seiner Diagnose mit Berücksichtigung von Körperhaltung und Gangspur, mit 97 Holzschnitten. (Inaugural-Dissertation. Dorpat, 1881.)

c. Zur Casuistik des sogenannten spondylolisthetischen Beckens. (Archiv f. Gyn., Bd. XIX, Heft. 3 (mit 22 Holzschnitten.)

d. Aetiologie der sogenannten Spondylolisthesis. (Archiv. f. Gyn., Bd. XX, Heft 1, mit. 38 Holzschnitten.)

e. Ein zweiter Fall von Spondylolisthesis am vorletzten Lendenwirbel. (Archiv f. Gyn., Bd. XXI, Heft 2, mit 2 Holzschnitten.)

f. Bemerkungen zur Spondylolisthesis. (Communication orale faite à la séance de la section gynécologique de la cinquante-sixième assemblée des naturalistes et médecins d'Allemagne, à Fribourg (e. B.), au mois de septembre, 1883, reg: Archiv f. Gyn., Bd. XXII, Heft 1.)

g. Contribution à la pathogénie et au diagnostic du glissement vertébral (Spondylolisthesis). — (Communication orale faite à la Société anatomique de Paris. Séance du 30 novembre 1883.)

h. Ein neuer Beitrag zur Casuistik des sog. Spondylolisthesis. (Archiv f. Gynäkologie, 1884 mit 25 Holzschnitten. *Sous presse.*)

Analyse des travaux *a* et *b*, par Bayer : Centralblatt für Gynäkologie, 1882, Nr. 16, S. 248.

» des travaux c et *d* par Graefe : Centralblatt für Gynäkologie, 1882, Nr. 46, S. 729.

» des travaux *a* et *b*, par Kopf : Wiener medicinische Presse, 1882 (16. April). 23. Jahrg., Nr. 16.

» des travaux *a* et *b*, par Hueter : Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. XIV, 5. u. 6. Heft.

» des travaux *a b* c, par Sprengel : Centralblatt für Chirurgie, 1883, Nr. 8.

» du travail *a* et *b*, par Strasser : reg. l. c.

» des travaux *a b* c, par Herrgott : reg. l. c., 2.

» des travaux *a b c*, par Hennig : Schmidt's Jahrbücher, Bd. 197, Jahrg. 1833, Nr. 1, S. 102.

» des communications orales faites à la Société gynécologique de Dresde : reg. Centralblatt für Gynäkologie, 1883, Nr. 9, S. 147-150.

» du travail *e*, par Sprengel : Centralblatt für Chirurgie 1883, Nr. 38.

» du travail *e*, par Bockelmann : Gentralblatt f. Gynäkologie 1883, Nr. 34.

» du travail c, par And.-F. Currier : The American Journal of Obst. 1883, (Septbr., p. 963-967 et Annales de Gynécologie, 1884. janvier, page 78.

Olshausen (Robert). — *a.* Ueber die Ansichten der Entstehung der

Spondylolisthesis mit Beschreibung eines derartigen Präparates. (Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, 1861, Bd. XVII, S. 255-259. Voir : le compte rendu d'HAAKE de l'assemblée des naturalistes et médecins d'Allemagne à Stettin.

b. Ein neuer Fall von spondylolisthetischem Becken. (Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, 1864, Bd. XXIII, S 190-205.)

Analysé dans : Medicinische Jahrbücher der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, 1865. XXI. Jahrgang. Bd. I, 2. Theil, S. 111 (HABIT).

PERROULAZ (Stephan). — Ein neuer Fall von Spondylolisthesis. (Inaugural-Dissertation. Halle, 1879.) v. RABENAU : Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, Sitzung am 11 Mai 1883 (Centralblatt f. Gyn., 1883, nº 35. S. 564.)

ROBERT. — Eine eigenthümliche angeborene Lordose wahrscheinlich bedingt durch eine Verschiebung des Körpers des letzten Lendenwirbels auf die vordere Fläche des ersten Kreuzbeinwirbels. (Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, 1855, Bd. V, S. 81-94.)

Analysé dans : SCHMIDT's Jahrbücher. Jahrgang 1855, Bd. 88, S. 211-212 (SICKEL).

ROKITANSKY (Carl). — a. Beiträge zur Kenntniss der Rückgratsverkrümmungen und der mit denselben zusammentreffenden Abweichungen des Brustkorbes und des Beckens. (Medicinische Jahrbücher des k. k. österreichischen Staates von JOH. NEP. v. RAIMANN, 1866, Bd. XIV, S. 120 u. Bd. XXVIII. (Neueste Folge, Bd. IX. Wien, 1839, S. 202-205.)

b. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. (Bd. II, 1856, S. 185-186.)

SCHROEDER (K.). — Lehrbuch der Geburtshülfe. (Bonn, 1877, S. 569-574, 612.)

SCHWING (Karl). — Neuer Fall von Spondylolisthesis. (Prager Vierteljahrsschrift für praktische Heilkunde, 1876, 33. Jahrg., Bd. CXXXI, S. 1-14.)

SEYFFERT (B.). — a. Kaiserschnitt infolge einer Beckenanomalie durch Dislocation des letzten Lendenwirbels. (Wiener medicinische Wochenschrift, 1853. III. Jahrgang., Nr. 3, S. 37-40.)

b. Verhandlungen der physikalisch-medicinischen Gesellschaft in Würzburg, 1854, Bd. III, S. 340.

v. SIEBOLD (E.-C. Jakob). — Lehrbuch der Geburtshülfe. (Braunschweig, 1854. 8.)

SPAETH (J.). — a. Compendium der Geburtskunde. (Erlangen, 1857, S. 203.)

b. Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, 1854. X. Jahrg., Januarheft, S. 1-9. (copié verbalement dans KILIAN's Schilderung neuer Beckenformen, S. 116 ff.)

c. Klinik der Geburtshülfe und Gynäkologie, von S. CHIARI, Carl BRAUN, J. SPAETH. (Erlangen, 1855, XIX. Beitrag., S. 582-585.)

SPIEGELBERG (Otto). — Lehrbuch der Geburtshülfe, 1858, S. 218-219; 1878, S. 491-495.

STRASSER (H.). — Ueber Spondylolisthesis. (Breslauer ärztliche Zeitschrift, Nr. 3 und 4, vom 11. und 25 Februar 1882.)

SWEDELIN (A.). — Ein neuer Fall von klinisch beobachteter Spondylolisthesis. (Archiv f. Gynäkologie, 1883, Bd. XXII, Heft 2.) Analysé par HAIDLEN dans : Centralbl. f. Gynäkologie, 1884, nº 5, pg. 78-79.

v. WEBER-EBENHOFF. — Zwei neue spondylolisthetische Becken. (Prager Vierteljahsschrift für praktische Heilkunde, 1874. Jahrgang 31, Bd. CXXI, S. 1-16.)

VEDELER. — Sur le spondylolisthésis dans : Forhandlinger i det norske medicinske Selskab i 1874, Kristiania, 1875 contenu dans : Norsk Magazin for Laegevidenskab, udgived af det medicinsk SELSKAB i Kristiana. Tredje raekke. Redigert of Jakob HEIBERG. Fjerde Bind, Kristiania, 1874 (2) Modœ 23./IX 1874, S. 189.)

Ibid., HEIBERG. — Modœ 7./X. 1874, S. 202-204.

Ibid., FAYE (L.). — Forhandlinger, etc. 1876. (Kristiania 1877. Modœ 8./III. 1877, S. 33-41.)

v. WEHREN (u. KUNECKE), voir. KUNECKE.

WINCKEL (F.). — Klinische Beobachtungen zur Dystokie durch Beckenenge. (Gratulationsschrift zur Feier des 50 jährigen Doctorjubiläums seines Vaters. Mit 5 Tafeln in Lichtdruck. Leipzig, 1882.)

Analysé par FRITSCH dans : Centralblatt, 1882. 42. 1. S. 669-671.

REVUE DE LA PRESSE

EXTIRPATION D'UN MYOME INTRA-UTÉRIN
AU MOYEN DE L'ANSE GALVANO-CAUSTIQUE(1).

Par le Dr E.-F. Fabbri,
Professeur à l'Université de Modène.
Traduit de l'italien par le Dr Mégrat (de Lunéville).

La malade qui fait le sujet de cette observation est d'une forte constitution et âgée de 34 ans environ. Menstruée pour la première fois à 12 ans, elle continua à l'être régulièrement cinq mois de suite ; puis l'écoulement mensuel fit défaut les dix mois suivants, au bout desquels survint, trois nuits successives, comme menstruation supplémentaire, une épistaxis très abondante, mais qui cessa après une petite saignée du bras droit ; et le lendemain, la menstruation reparut, pour conserver sa régularité pendant plus de deux ans. Au commencement de la 16e année, elle fut deux ou trois fois très douloureuse et s'accompagna de malaises des plus pénibles.

Mariée à 16 ans 1/2, cette dame n'éprouva, la première année de son mariage, que des troubles insignifiants des fonctions génitales ; mais, dès lors, elle se mit à perdre un peu de sang à chaque rapprochement sexuel, et les menstruations devinrent abondantes et très douloureuses. Cette dysménorrhée et ces ménorrhagies prirent graduellement plus de gravité, et il survint un écoulement séreux qui, d'abord, ne faisait que précéder et suivre de quelques jours les menstruations, mais qui, dans ces six dernières années, était devenu continu et si abondant, qu'il obligeait la malade à porter constamment des linges protecteurs.

(1) *Extrait des mémoires de l'Académie des sciences, — de l'Institut de Bologne,* — et lu dans la séance du 3 mars 1881.

Les menstruations revenant, depuis trois ans, deux fois par mois, prenaient le caractère douloureux de violentes coliques utérines et duraient huit ou dix jours ; de sorte que la malheureuse femme n'avait plus que quelques jours de libres dans leur intervalle, et que son existence était devenue des plus pénibles et réellement digne de pitié.

Des moyens nombreux et variés furent vainement essayés contre les pertes et les douleurs. Le seigle ergoté, accroissant ces dernières par l'excitation et le réveil des contractions utérines, loin de diminuer l'hémorrhagie, *ne faisait que l'augmenter*. Et, parmi les sédatifs, le chloral en lavement (à la dose de 2 grammes) réussit seul à calmer les coliques menstruelles.

Au mois d'août 1878, l'illustre professeur Murri diagnostiqua, chez cette malade, un myôme intra-utérin, et lui conseilla de venir à Bologne pour subir une opération. Quand elle s'y rendit, à la fin de l'automne, il eut la gracieuseté de me la faire voir et de la confier à mes soins.

Cette dame était alors au début d'une période menstruelle ; il me fut par suite facile, dès ma première visite, de confirmer le diagnostic. Je constatai, en effet, à la partie inférieure du ventre, une tumeur médiane, légèrement inclinée à droite, mobile, qui, sous forme d'un large ovoïde, régulier et lisse, dont le diamètre longitudinal mesurait environ $0^{m},15$, s'étendait de l'ombilic jusque dans le bassin. D'une certaine mollesse, à l'état de repos, elle se durcissait et devenait douloureuse à la pression des doigts, ce qui prouvait clairement qu'elle était revêtue d'une enveloppe contractile.

Le toucher vaginal et la palpation bimanuelle me firent aisément reconnaître que cette tumeur n'était autre chose que l'utérus augmenté de volume ; par le premier je trouvai, de plus, le col effacé et, dans l'orifice externe, présentant une ouverture du diamètre de $0^{m},02$, je sentis une tumeur lisse, un peu molle et légèrement saillante ; je pus même insinuer faiblement l'extrémité du doigt entre elle et tout le pourtour du bord de l'orifice. Après la menstruation, qui fut, comme d'habitude, très abondante et très douloureuse, la tumeur subit rapide-

ment une notable diminution de volume, au point de ne plus dépasser le pubis que de 0m,08; l'orifice utérin s'était refermé, le col reformé, et la tumeur, retirée au-dessous du col, était devenue inaccessible au doigt.

Les symptômes que je viens d'énumérer et la longue durée de la maladie prouvaient clairement qu'il s'agissait d'une tumeur située dans le corps de l'utérus, et de nature bénigne, c'est-à-dire d'un *myôme*. Restait à savoir si l'apparition de la tumeur à l'orifice externe, pendant la menstruation, annonçait de sa part une tendance à sortir tout entière de l'utérus d'une façon lente et progressive (comme cela arrive lorsque la tumeur a un pédicule qui cède en s'allongeant), ou s'il s'agissait, au contraire, d'une de ces tumeurs fibreuses, sessiles et restant telles, qui ne sont jamais expulsées, mais se présentent souvent, et toujours au même degré, à l'orifice externe; tumeurs auxquelles M. O. Larcher a donné le nom de *fibromes intra-utérins à apparition intermittente* (1).

Pour compléter le diagnostic, il fallait aussi rechercher en quel point de la surface interne de la matrice se trouvait implanté ce myôme et si sa base était large ou étroite. Comme cet examen ne pouvait se pratiquer avec le doigt, même dans ces périodes où le col était effacé et l'utérus entr'ouvert, il fallait le faire avec la sonde utérine. J'essayai plusieurs fois, pendant que le col était resserré, d'introduire la sonde ordinaire, et toujours elle rencontrait, un peu au-dessus de l'orifice interne, un obstacle insurmontable.

La même tentative, faite sur la fin de la menstruation, pendant la dilatation du col et de l'orifice externe, fut un peu plus heureuse; je pus, en effet, mais non sans peine, et à l'aide de légers mouvements de rotation et d'oscillation, insinuer la sonde un peu le long des faces postéro-latérales; mais il me fut impossible de la porter de là autour de la tumeur. J'essayai

(1) *Traité élémentaire de chirurgie gynécologique*, par le Dr A. Leblond. Paris, 1878.

encore, et en vain, de la faire pénétrer directement sur les côtés ou le long de sa face antérieure.

Soupçonnant alors que l'impossibilité de faire pénétrer davantage la sonde tenait à sa rigidité même, j'en pris une élastique; même insuccès.

Enfin, pour des raisons que j'indiquerai bientôt, je m'en fis construire une dont l'extrémité utérine eut la forme d'une spatule un peu épaisse et mousse, ressemblant à l'extrémité d'un doigt aplati. J'atteignis avec elle parfaitement mon but : je l'insinuai avec facilité aussi bien le long de la paroi postérieure que des parois latérales et antérieure de l'utérus, et pus ainsi reconnaître que la tumeur, libre dans toute l'étendue de son pourtour, n'était adhérente qu'au fond de cet organe.

La possibilité de l'extirper était donc établie, et cependant cette opération, dans le cas particulier, ne me paraissait pas facile. Et, en effet, s'il n'est pas toujours aisé d'enlever des polypes fibreux adhérents au corps de cet organe, même quand ils font en grande partie saillie hors de l'utérus et qu'on peut introduire quatre doigts dans le vagin pour embrasser la tumeur et diriger les instruments vers son pédicule, l'extirpation devait, à plus forte raison, être très laborieuse et très difficile, dans ce cas, où la tumeur, du volume d'un œuf d'oie environ et adhérente au fond de l'utérus, était entièrement incarcérée dans ce viscère, et où la vulve et le vagin de cette femme, qui n'avait jamais accouché, eussent permis à grand peine l'introduction de deux doigts.

Ces difficultés me firent prendre le parti d'attendre pour voir si la tumeur, en totalité, ou du moins en très grande partie, finirait par faire procidence dans le vagin ; cas dans lequel une bonne portion de sa surface aurait pu être atteinte par le doigt, et où il eût été possible de guider les instruments avec sécurité et quelque aisance vers le point d'insertion de la tumeur (1).

(1) Les gynécologistes s'accordent généralement à reconnaître cette difficulté ;

Pour faciliter cette issue de la tumeur, je pratiquai, sur le museau de tanche, deux incisions latérales, que la cicatrisation ne laissa pas béantes dans toute la profondeur que je leur avais donnée, mais qui contribuèrent à maintenir d'une façon, durable et sensiblement plus ouvert l'orifice utérin ; et pour exciter la matrice à amener l'expulsion désirée, j'administrai méthodiquement du seigle ergoté.

Plusieurs mois s'écoulèrent ainsi; mais je l'avoue, sans aucun avantage ; car les dysménorrhées et les ménorrhagies se reproduisirent avec la même intensité et une égale fréquence, et la tumeur continua à se présenter, à chaque époque menstruelle, à travers le col et l'orifice externe, toujours au même degré, pour se retirer ensuite chaque fois dans la cavité du corps. La répétition de ce phénomène, constamment identique, prouvait clairement que la tumeur était sessile, ou n'avait qu'un pédicule très court, qui se laissait allonger ou distendre (1).

Reconnaissant donc l'inutilité de tous mes soins et voyant que l'état de la malade réclamait un plus prompt secours, je me décidai à extirper la tumeur.

Les moyens qui se présentèrent d'abord à mon esprit furent la torsion, dont on se sert d'ordinaire pour les petits polypes muqueux; l'arrachement, au moyen de l'écraseur ou du serre-nœud, et la résection avec l'anse galvano-caustique.

---

je n'en citerai qu'un, Schrœder, qui s'exprime ainsi : « Quand le polype est encore renfermé dans la matrice et qu'on ne peut l'atteindre qu'en dilatant le col utérin, il est difficile et dangereux de l'extraire, quelque petit soit-il. On ne procède donc à l'extirpation que lorsque de graves symptômes le commandent; autrement, on attend que la nature et l'art aient fait descendre le polype dans le vagin ». — *Handbuch der Krankh. der weibl. Geschlechsorg.*, p. 251. Leipzig, 1874.

(1) Pendant les menstruations, je suspendis l'emploi du seigle, parce que j'étais persuadé qu'il augmentait la perte de sang. Celle-ci provenait sans doute de ce que le sommet de la tumeur, en se présentant à l'orifice externe, échappait à la pression exercée par les parois utérines sur le reste de la tumeur, et il en résultait que, pendant les contractions, une grande partie du sang était refoulée de cette portion comprimée vers le sommet.

L'impossibilité, que j'ai déjà plusieurs fois mentionnée, d'atteindre la tumeur avec le doigt et de se servir de celui-ci comme guide pour porter les instruments jusqu'à son pédicule, me paraissait devoir rendre extrêmement difficile, pour ne pas dire impraticable, l'emploi des instruments à anse.

J'essayai donc la torsion du pédicule, qui venait d'être recommandée depuis peu par ELLINGER (1). A l'exemple de cet auteur, je me fis construire une pince ressemblant beaucoup à la tenette qui sert dans la taille à l'extraction de la pierre, mais munie d'un appareil à points d'arrêt.

Il fallait cependant, pour introduire cet instrument, que le col fut effacé et l'orifice dilaté ; il eût donc été nécessaire de tenter l'opération sur la fin d'une menstruation, comme semble le conseiller le Dr LEBLOND (2). Mais j'avoue que ce moment ne me paraissait pas le plus opportun ; car, à cette période, la tumeur prenait d'ordinaire, comme je l'ai déjà dit, un accroissement de volume considérable, qui ne faisait qu'augmenter les difficultés. De plus, cette période s'accompagnant d'une forte fluxion sanguine de l'utérus et de ses annexes, se trouve être incontestablement l'époque à laquelle les métrorrhagies se font le plus facilement, par la déchirure de la muqueuse et des vaisseaux du pédicule restés béants après l'arrachement, et enfin cette fluxion favorise tout particulièrement le développement de l'inflammation des organes génitaux. C'est pour cela que j'opérai, de préférence, dans l'intervalle de deux époques menstruelles ; et, pour obtenir, comme je le désirais, la dilatation du col et de l'orifice externe, je provoquai les contractions utérines, à l'aide d'un tampon vaginal élastique, comme celui dont on se sert dans l'accouchement prématuré artificiel. Ce moyen me réussit à merveille. Après avoir ainsi obtenu la dilatation et la procidence de la tumeur comme pendant la menstruation, j'appliquai la pince, en introduisant séparément les deux branches, l'une à droite, l'autre

(1) Ellinger. *Archiv für Gynækologie*, Bd. 14, p. 171.

(2) Ouvrage déjà cité.

... la tumeur, et en les articulant, je pus saisir soli... cette dernière. Imprimant alors à l'instrument un ... de rotation vers la droite, tandis qu'un aide fixait ... l'utérus pour l'empêcher de tourner, je m'a... que celle-ci cédait en suivant ce mouvement de rotation: ... lorsque ce dernier eut fait un peu plus d'un demi-cercle, la malade fut prise d'un si grand malaise, d'une altération si profonde de la physionomie et des forces, en un mot, d'un commencement d'épuisement nerveux tel que je m'arrêtai quelques minutes. J'essayai de nouveau la torsion ; mais, voyant se reproduire les mêmes phénomènes d'indicibles malaises et d'abattement très grave, je renonçai à ces tentatives.

La malade, remise sur son lit et réconfortée par quelques cordiaux, se rétablit rapidement et sans accident. Je laissai se passer l'époque menstruelle suivante et, après avoir obtenu, encore avec le tampon vaginal, la dilatation du col, je me préparai à une tentative d'un autre genre.

J'avais lu (1) récemment les observations importantes d'extirpations de myômes intra-utérins, pratiquées par un habile opérateur, M. Morisani, à l'aide de la *pince de* Rizzoli, qu'il modifia légèrement, de façon à pouvoir en introduire aisément dans l'utérus une seule branche à la fois et atteindre le fond ... organe avec son extrémité, plus allongée et plus courbée. ... de cet instrument, sur le désir que je lui en exprimai. ... envoya avec le plus grand empressement, et j'en fis l'es-...

... introduisis successivement, et avec une certaine facilité, ... branches, que j'articulai ; mais j'eus beau en pousser ... possible les extrémités, je ne pus absolument pas ... pédicule de la tumeur.

... restait donc plus à essayer que les instruments à ...

... massif que, le munît-on même du porte-

(1) ... etc., vol. I, p. 449 et 529.

anse de SIMS, il faudrait encore le guider assez haut vers le pédicule. On ne pouvait donc pas non plus songer à l'appliquer dans les mauvaises conditions qui se rencontraient et dont il a été plusieurs fois question ici, et même, sans tenir compte de ces difficultés particulières, j'avoue que son application sur des *polypes sessiles* me ferait trop redouter le grave inconvénient qu'il a, d'attirer quelquefois et de broyer une partie du tissu qui a donné naissance à la tumeur; c'est-à-dire que je craindrais de voir se reproduire entre mes mains le malheureux accident qui arriva à M. TILLAUX, pendant l'extirpation d'un fibrome avec l'*écraseur*, une déchirure de l'utérus, pénétrant dans l'abdomen, et suivie d'une péritonite mortelle (1). J'essayai donc les serre-nœuds armés d'un fil de fer, fin et recuit.

Je ne me dissimulai pas, tout d'abord, les difficultés insurmontables que je devais rencontrer dans le cas spécial; mais, pressé par la nécessité, je songeai à un moyen assez facile qui me réussit pleinement et que je décrirai bientôt en parlant de l'anse galvanocaustique. Il me permit d'appliquer l'anse du fil sur le point d'insertion de la tumeur et de la serrer très fortement, ce dont je pus juger par la longueur des chefs que j'étais parvenu à retirer insensiblement de l'ouverture inférieure du serre-nœud. En continuant la constriction pour produire lentement la section du pédicule, j'entendis tout à coup un craquement qui me donna la certitude de la rupture du fil; en effet, je retirai l'instrument sans difficulté et trouvai que l'anse, très courte, émergeant de son extrémité, était rompue. J'armai de nouveau le serre-nœud et le replaçai; le même accident se reproduisit et l'on put constater que le fil de fer recuit dont je m'étais servi, dans ces essais, était excellent; il m'avait paru, du reste, avant, très capable de résister à une tension considérable. Malgré son insuccès, cette double tentative présentait cependant quelque intérêt au point de vue du diagnostic, puisqu'elle prouvait que la base d'inser-

(1) *Annales de gynécologie*, t. II, p. 461, et t. III, p. 70. Paris.

tion était ou très étroite ou très réductible par la constriction et qu'elle ne renfermait qu'un mince cordon de tissu fibreux très résistant. De plus, cette tentative m'avait tout au moins convaincu de la possibilité d'appliquer une anse étroite à la base de la tumeur; j'étais donc sûr de pouvoir aussi y placer celle de l'appareil galvano-caustique, dernier moyen qui me restât encore à essayer.

Il me parut cependant nécessaire de modifier légèrement le porte-anse galvanocaustique ordinaire; car il est facile de constater, pendant que le courant fait rougir l'anse de platine, que les petites tiges de cuivre, creuses, qui lui servent de support, acquièrent à leur extrémité un très haut degré de température qui pourrait produire une brûlure des tissus avec lesquels elles viennent à se trouver en contact. Pour remédier à cet inconvénient, j'ai fait protéger d'un étui en ivoire toute la partie métallique du porte-anse; mais je m'aperçus bien vite, dans quelques essais préparatoires, que, malgré cette enveloppe isolante, l'extrémité de ce dernier s'échauffait encore assez pour ne pas être indifférente au toucher; je garnis donc cette extrémité de plusieurs épaisseurs de toile que l'on eut soin de mouiller, et, après ces dispositions, je constatai que, pendant l'incandescence de l'anse, on pouvait toucher l'extrémité de l'instrument sans incommodité appréciable.

J'accordai à la malade quelques jours d'un repos bien nécessaire, puis cherchai de nouveau et à plusieurs reprises à dilater le col utérin à l'aide d'un tampon; mais je ne pus éveiller de contractions assez énergiques pour produire le degré de dilatation voulu. Alors, imitant toujours les moyens employés pour provoquer l'accouchement prématuré, j'introduisis dans l'utérus une grosse bougie élastique avec laquelle j'excitai de fortes contractions qui produisirent non seulement la dilatation du col et l'ouverture de l'orifice dans l'étendue d'un bon sou, mais aussi le ramollissement et la souplesse de ses bords.

Cela fait, voici comment je parvins à embrasser le point d'insertion de la tumeur. J'armai le porte-anse d'une anse

de platine très longue, et j'eus soin de noter de combien les extrémités de ses chefs dépassaient le manche de l'instrument, lorsqu'elle présentait son raccourcissement maximum. Je retirai alors, de l'extrémité de l'instrument, une anse d'une longueur dépassant le double du diamètre longitudinal de la tumeur; la repliai sur la face antérieure de l'instrument, la graissai, ainsi que l'extrémité de ce dernier, avec un peu de savon phéniqué (je ne me servis pas d'huile ni de glycérine, de peur que ces deux substances très bonnes conductrices du calorique, n'occasionnent quelque inconvénient pendant l'incandescence de l'anse). Cela fait, j'insinuai l'instrument le long de la face postérieure de l'utérus jusqu'à son fond (fig. 1, *d*); le sommet de la courbure de l'anse restait près de la vulve. Alors, à l'aide d'une spatule fourchue et courbe sur le plat, que je me fis construire exprès (fig. 2, *a*, *b*), je saisis cette extrémité de l'anse, et, la repliant en haut, les insinuai toutes deux le long de la face antérieure de l'utérus, aussi jusqu'à son fond (fig. 1, *e*). Les sommets des deux parties latérales de l'anse, véritables anses secondaires, restaient encore hors de l'orifice utérin. Après avoir ainsi fixé, aux deux points opposés de la base de la tumeur, deux points opposés de l'anse, on devait nécessairement, en serrant cette dernière, faire monter les deux anses latérales (fig. 1, *f*, *f'*) jusqu'à la base de la tumeur, c'est-à-dire en glissant toutes deux le long d'une seule paroi latérale de l'utérus. Il fallait donc s'assurer si, dans leur ascension, elles s'étaient bien portées l'une à droite et l'autre à gauche de la tumeur. Dans ce but, je me servis d'une seconde spatule fourchue et courbe sur le bord (fig. 3, *a*, *b*) avec laquelle je les poussai profondément dans l'utérus, de chaque côté de la tumeur, tandis qu'un aide maintenait à la fois le porte-anse et la fourchette antérieure fixés contre le fond de cet organe. Ces dispositions une fois prises, je fis agir l'appareil constricteur qui embrassa le pédicule. Après avoir serré l'anse assez pour qu'elle ne glissât plus en bas, j'enlevai la fourchette antérieure, étreignis le pédicule jusqu'au degré que, d'après la première expérience avec le serre-nœud, j'avais reconnu

pouvoir atteindre sans violence, appliquai les rhéophores et commençai la section galvanocaustique, procédant avec lenteur, comme il est recommandé de le faire pour bien cautériser les surfaces de section. En quatre minutes, j'atteignis la constriction complète de l'anse, et, en tirant sur l'instrument, je m'aperçus qu'il cédait et le retirai; la tumeur était déjà réséquée. J'en saisis ensuite le segment inférieur avec une pince de Museux pour l'attirer au dehors; mais cette extraction fut extrêmement difficile. Faisant tourner l'instrument sur lui-même et avec lui la tumeur, autant de fois que je le voulus et avec la plus grande facilité, je reconnus que celle-ci ne présentait plus aucune adhérence avec l'utérus; mais plusieurs tentatives de traction restèrent sans effet, parce que l'ouverture de l'orifice utérin n'était pas suffisante pour laisser passer la tumeur. J'étais même sur le point d'en abandonner l'expulsion à la nature qui, à l'aide des contractions utérines, eût certainement produit graduellement la dilatation nécessaire de l'orifice; essayant cependant de nouveau et par des mouvements d'oscillation un peu prolongés, je parvins à obtenir une dilatation suffisante, et, ayant fait franchir l'orifice utérin à la partie la plus grosse de la tumeur, je sentis tout d'un coup la résistance cesser et terminai l'extraction.

La malade ne ressentit, pendant l'opération, que des souffrances insignifiantes et n'éprouva, de la part de l'anse incandescente, qu'une légère sensation de chaleur. Aussitôt après, je fis une injection intra-utérine avec une solution phéniquée à 4 0/0; continuai, pendant dix ou douze jours un traitement antiseptique rigoureux, dont je dirai bientôt quelques mots, et que je terminai par de simples lotions phéniquées. L'opérée ne présenta pas le moindre mouvement fébrile; sa température ne dépassa jamais 37°5 et elle quitta le lit le quinzième jour. Il s'écoula d'abord des parties génitales un peu de liquide séro-sanguinolent, puis une matière blanc jaunâtre, mais qui cessa quelques jours avant de se lever. Elle rentrait chez elle un mois et demi après l'opération et m'a donné depuis de ses nouvelles à plusieurs reprises, et en-

core en décembre, c'est-à-dire un an et quelques mois après l'opération. Ces nouvelles confirment sa complète guérison : l'écoulement séreux, d'abord continu, a tout à fait cessé; les menstruations, plutôt diminuées, ne sont plus douloureuses et ont fait défaut de temps en temps, surtout dans les premiers mois qui suivirent l'opération ; de sorte que cette dame peut, avec raison, se dire rappelée de la mort à la vie, comme cela arrive ordinairement après de semblables opérations.

Mais peut-on espérer que cette guérison soit durable? Je le crois, parce que la tumeur que je vous présente était réellement un myôme simple et qu'il a été extirpé complètement malgré son absence de pédicule. Une seule crainte pourrait subsister et la voici. Quand j'eus obtenu, comme je l'ai décrit, la dilatation et le ramollissement du col, je sentis, en explorant avec le doigt destiné à guider l'instrument le long de la face postérieure de la tumeur, je sentis, dis-je, un petit myôme dans l'épaisseur du haut de la paroi postérieure du col utérin. Est-il à craindre maintenant, après l'ablation de la grande tumeur, que la petite augmente à son tour? J'espère que non, parce que si cette dernière avait eu de la tendance à s'accroître, elle aurait pu le faire même pendant la présence de la première qui, renfermée qu'elle était dans la cavité du corps, ne pressait sur ce petit myôme que d'une façon intermittente, c'est-à-dire pendant l'époque menstruelle. De plus, l'intégrité complète des fonctions de l'utérus, durant les seize mois écoulés depuis l'opération, me confirme dans cet espoir, et si, par malheur, ce petit myôme, sortant de son inertie, venait à augmenter de volume d'une façon marquée, sa situation près de l'orifice externe de l'utérus en faciliterait l'extraction.

La tumeur extirpée que je vous présente a, par suite de son long séjour dans l'alcool, un peu diminué de volume; mais elle conserve encore les dimensions d'un œuf de canard. Sa face postérieure est bosselée; son sommet, pointu, était tourné en bas et son extrémité la plus grosse occupait le fond de l'utérus. Cette tumeur est recouverte d'une muqueuse très adhérente, excepté dans les deux tiers antérieurs de son extrémité

supérieure, où l'on remarque une zone discoïde d'environ 0m04 de diamètre et dont le tissu fibro-musculaire est à nu. La surface de cette zone est légèrement rugueuse, un peu grillée et présente à son centre une petite saillie produite par un cordon fibreux, mince, mais résistant, d'environ 0m005 de diamètre, qui a été réséqué par l'anse galvanocaustique. Toute cette surface de la tumeur adhérait évidemment à l'utérus par un tissu souple et lâche, au centre duquel existait un faisceau de tissu utérin qui pénétrait dans la substance de la première. La figure 1 montre ces rapports d'une manière schématique : on voit en *a* et *b* la muqueuse abandonner la tumeur pour se renverser sur la face interne de l'utérus et la surface *ab*, dépouillée de muqueuse, adhérer lâchement au fond de celui-ci, excepté en *c*, où le tissu propre de l'organe pénètre et se perd, ai-je dit, sous forme de cordon, dans la tumeur.

Ces particularités, présentées par l'insertion de la tumeur, expliquent pourquoi on put en embrasser la base si étroitement avec une anse de fil. Et, en effet, l'anse pouvait, pendant la constriction, grâce à la souplesse de la muqueuse réfléchie et à la flaccidité du tissu connectif sus-mentionné, s'insinuer, sans diviser le pédicule, entre la base de la tumeur et l'utérus, jusqu'au cordon fibreux central qui opposait une résistance insurmontable à cette simple constriction.

Permettez-moi maintenant, messieurs, de vous dire quelques mots, et sur la manière de sonder la matrice quand elle renferme une tumeur, et sur le fait de l'apparition intermittente de certains myômes intra-utérins.

Quand je soupçonnai que l'inutilité de mes essais avec la sonde ordinaire tenait à sa rigidité, je songeai au moyen enseigné par Sims. Cet habile gynécologiste, pour sonder un utérus renfermant un myôme et passer la sonde par la voie la plus difficile, c'est-à-dire entre la paroi antérieure et la tumeur, conseille d'en prendre une flexible, une sonde élastique d'homme, de l'introduire, munie de son mandrin, jusqu'un peu au-dessus de l'orifice interne, de s'arrêter à ce niveau, et, tenant fixe d'une main le mandrin, d'enfoncer la

sonde de l'autre. En opérant ainsi, il dit que, cet instrument débarrassé de son mandrin, reprend sa flexibilité naturelle et s'insinue facilement entre la paroi antérieure de l'utérus et la tumeur, en suivant, s'il le faut, les différents accidents de surface de cette dernière. Je n'ai pas, je l'avoue, grande confiance dans cette manœuvre de SIMS; en effet, pour peu qu'on considère la chose, il paraît évident que la sonde flexible, lorsqu'elle rencontre quelque obstacle à s'avancer vers le haut, peut se plier et se placer de travers dans la cavité utérine, de sorte qu'il est possible de la faire pénétrer, d'une certaine longueur, dans la matrice, sans qu'elle gagne pour cela le fond de cet organe. Dans cette occurence, le chirurgien est porté à croire que la sonde est parvenue très haut, tandis qu'elle s'est arrêtée à une faible hauteur et s'est placée transversalement dans la cavité utérine. Pour éviter cet inconvénient, tout en ayant une sonde flexible, je m'en suis fait faire une de tige d'acier, étroite, élastique et munie, à son extrémité, d'un bouton aplati. J'espérais ainsi diminuer les obstacles dépendant de la rigidité de la sonde et éviter, en même temps, l'inconvénient que peut présenter, comme je viens de le mentionner, la sonde élastique employée dans la méthode de SIMS. Mais, quand j'en fis l'application pratique, mon espoir fut déçu; je reconnus que cette sonde élastique et flexible pénétrait encore plus difficilement que la sonde rigide ordinaire. Et, explorant dans une des périodes où le col se trouvait effacé et l'utérus entr'ouvert, je m'aperçus qu'il était en quelque sorte plus aisé d'insinuer un peu plus haut l'extrémité du doigt que de faire pénétrer la sonde en question. Je soupçonnai alors que les difficultés de ce cathétérisme tenaient à ce que l'extrémité des sondes étant trop pointue s'enfonçait un peu dans la surface de l'utérus ou de la tumeur et empêchait ainsi son ascension. C'est pour cela que je me fis construire, comme je l'ai dit, une sonde à spatule de métal blanc, que je vous présente ici (fig. 4).

Son extrémité utérine a exactement la forme de celle d'un doigt, mais est beaucoup plus aplatie que lui, de la largeur (*a*)

de 0^m,01 ; vue de profil (*b*), elle est légèrement olivaire et mesure, dans sa plus grande épaisseur, 0^m,004 environ. Sa tige, également un peu aplatie, est courbe sur le plat, et, avant d'introduire la sonde, un faible effort suffit à en augmenter ou à en diminuer la courbure, de façon à l'adapter à chaque cas particulier.

Pour introduire facilement cette sonde le long de la face antérieure d'une tumeur, il faut la glisser, la concavité tournée en avant, jusqu'à l'orifice interne ou jusqu'à la tumeur, si le col est effacé, puis la pousser en abaissant le manche, et en retirant ensuite doucement à soi tout l'instrument, afin d'écarter le mieux possible la paroi utérine de la tumeur.

J'arrive maintenant à l'apparition intermittente de certaines tumeurs intra-utérines, fait clinique qui, je le répète, est déjà connu; mais je ne sache pas qu'on lui ait accordé toute l'importance séméiotique qu'à mon avis il doit avoir. Tout bien considéré, il me semble que ce phénomène prouve que la tumeur qui le présente est, dans presque toute l'étendue de sa longueur, libre d'adhérences avec les parois et s'insère au fond de l'utérus. Et, en effet, pour que la tumeur, pendant la colique utérine menstruelle, c'est-à-dire pendant les contractions de la matrice, puisse descendre, ouvrir le col et apparaître à l'orifice externe, il faut qu'elle glisse dans un long trajet sur les parois utérines. Peut-être pourrait-on supposer que la tumeur faisait ici son apparition à l'orifice externe, parce qu'en grossissant outre mesure pendant la période menstruelle, elle ne trouvait plus de place dans la cavité du corps de l'utérus et était, par suite, forcée d'occuper même celle du col; mais cette supposition est en contradiction avec ce fait d'observation qu'un très grand nombre de tumeurs intra-utérines grossissent considérablement pendant la menstruation et continuent néanmoins à rester renfermées dans le corps de l'utérus qui subit une distension proportionnelle, et elle se trouve évidemment en opposition avec cet autre fait, que j'ai réussi, par la simple excitation des contractions utérines, à obtenir l'apparition de

la tumeur dans un moment où elle avait sa grosseur minimum.

Je crois donc que le mécanisme de cette apparition est celui d'un commencement d'expulsion de la tumeur et ressemble à celui qui a lieu, dans l'accouchement, pendant la formation de la poche des eaux; le segment inférieur du corps de l'utérus et tout le col se retirent vers le fond, en glissant sur la tumeur comme ils le font sur l'œuf. Si, dans l'accouchement, la caduque présente de trop fortes adhérences avec l'utérus, la dilatation du col et de l'orifice externe marche très lentement; car l'œuf ne peut descendre dans le col qu'au fur et à mesure de la rupture de ces adhérences anormales, et, dans ce cas, ou bien on obtient une dilatation plus rapide et la prompte formation de la poche des eaux, en décollant avec le doigt l'œuf du segment inférieur de l'utérus, ou bien il peut arriver que le travail, abandonné à lui-même, marche très rapidement, parce que, après la rupture du chorion contre l'orifice, l'amnios (qui, comme il est très facile de le constater, se détache du chorion) glisse seul en bas pour constituer la poche des eaux. Dans ce cas, enfin, si l'on examine l'arrière-faix expulsé, on voit que l'amnios est largement décollé du chorion.

S'il en est ainsi, si la comparaison est juste, je ne crois pas me tromper en considérant l'apparition intermittente de certains myômes, par l'action des contractions utérines, comme le signe qu'ils ne présentent pas d'adhérences dans une bonne partie de leur longueur et qu'ils sont insérés vers le fond de la matrice.

Pour conserver à cette observation toute son originalité, nous avons laissé parler l'auteur lui-même, en cherchant à interpréter aussi fidèlement que possible la pensée de notre savant et excellent ami; mais nous croyons inutile de reproduire ici les considérations dans lesquelles entre le Dr E.-Fed. FABBRI au sujet du traitement antiseptique en général, dont il est partisan convaincu; il ajoute qu'il a suivi rigoureusement cette méthode dans tous les temps de l'opération qu'il

vient de rapporter. Nous les résumons : désinfection préalable des instruments dans une solution alcoolique d'acide phénique ou simplement dans l'alcool pur à 36°; lavage des mains de l'opérateur et de son aide au savon phéniqué; onctions des instruments avec de l'huile ou de la glycérine phéniquée, ou dans quelques cas spéciaux, comme il l'a dit (p. 9), du savon phéniqué; désinfection de la vulve et du vagin avec une solution aqueuse phéniquée à 3 ou 4 0/0; et, immédiatement après l'opération, comme aussi après les tentatives inutiles, dont il a été question, injection antiseptique intra-utérine.

Comme soins de même nature pendant la période de cicatrisation, il préfère aux injections vaginales répétées, qu'il considère comme insuffisantes au point de vue préventif de l'infection et même à l'irrigation permanente, moyen d'une application très difficile et bien incommode pour la patiente, il préfère, disons-nous, un mode de pansement qu'il emploie depuis plus de cinq ans chez les nouvelles accouchées et chez les femmes qu'il opère. Ce pansement forme, au-devant de la vulve, une sorte de valvule qui, tout en empêchant la pénétration des substances infectantes, permet aux liquides de s'écouler librement par le vagin. Il consiste en une lame de coton ou d'ouate imbibée d'eau phéniquée à 3 0/0, recouverte d'un morceau de toile imperméable destinée à ralentir l'évaporation de l'eau et de l'acide phénique et surtout à empêcher que le drap de soutien n'absorbe la solution phéniquée dont le coton est imprégné; et, pour qu'ils ne se déplacent pas dans les mouvements et surtout pendant le sommeil, le coton et la toile imperméable sont fixés à une grosse agrafe suspendue sur le mont de vénus par un ruban faisant le tour du bassin (fig. 5).

Il reconnait qu'il n'est pas le seul à avoir eu cette idée, si simple, de recouvrir la vulve d'une compresse phéniquée, et ajoute que l'expérience du Dr SARTI, de Faenza et de M. J.-A. DOLERIS (1) l'encourage à recommander vivement cette pra-

(1) *La fièvre puerpérale et les organismes inférieurs*, etc. Paris, 1880.

tique avec les quelques perfectionnements qu'il y a apportés, pratique qui lui a donné des résultats extrêmement satisfaisants, non seulement au point de vue de l'infection générale, mais comme préventive d'accidents locaux, chez les nouvelles accouchées affectées de contusions et de déchirures des parties génitales externes. Cependant il avoue que la diphthérie vulvaire primitive ne lui a pas paru être traitée aussi efficacement par cette méthode elle-même que par les applications de coton imbibé d'alcool à 30° pendant deux heures et renouvelées au besoin une ou deux fois.

L'auteur termine par quelques considérations intéressantes sur la température moyenne de la femme accouchée bien portante, après avoir dit qu'il se propose de donner dans une note ultérieure, les résultats qu'il a retirés de l'emploi rigoureux de cette méthode antiseptique comme moyen préventif de l'inflammation en gynécologie et en obstétricie, commençant quelquefois à l'appliquer pendant l'accouchement.

CONCLUSIONS.

1° Les myômes intra-utérins à apparition intermittente sont probablement toujours libres sur toute leur longueur et adhérents vers le fond de l'utérus.

2° Pour sonder l'utérus qui renferme une tumeur, on doit se servir d'une sonde dont l'extrémité ait la forme d'une spatule.

3° Pour extirper les myômes à apparition intermittente, si l'on opère en dehors de l'époque menstruelle, il faut les faire apparaître à l'orifice externe immédiatement avant de commencer l'opération, en provoquant les contractions utérines à l'aide du tampon vaginal élastique et, au besoin même, par l'introduction de la bougie élastique dans l'utérus.

4° Avec les instruments et la méthode que j'ai employés, il est facile de porter une anse galvanocaustique à la base d'un myôme, fût-il même inséré sur le fond de l'utérus, et pour cela la méthode galvanocaustique me semble préférable à toutes les autres; c'est-à-dire à celles qui résèquent en écra-

sant (1), à la torsion, qui ne pourra servir que lorsque les adhérences sont lâches, et enfin à l'excision, qu'on pratique quelquefois quand on atteint facilement le pédicule avec les doigts (2).

5° Pour suivre une méthode antiseptique d'une manière efficace, après les opérations gynécologiques, il ne faut pas se contenter des injections phéniquées, mais se servir aussi de compresses phéniquées appliquées sur la vulve.

6° Dans le même but, il est bon d'employer ces compresses phéniquées dans la puerpéralité et quelquefois pendant l'accouchement.

7° Le meilleur topique contre la diphthérite puerpérale est peut-être l'alcool.

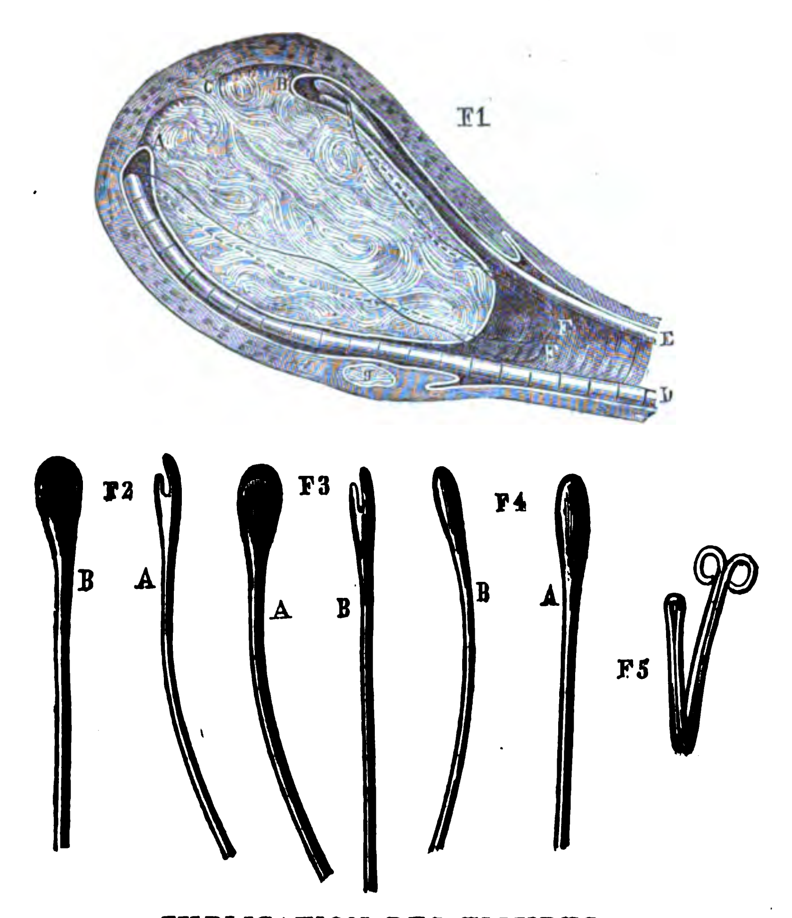
Après avoir développé ce sujet, FABBRI présente à l'Académie une *pointe galvanocaustique*, qu'il a imaginée et employée déjà avec succès pour guérir des tumeurs érectiles qui ne pouvaient être extirpées.

Contrairement à la pointe galvanocaustique ordinaire qui est loin d'être fine, constituée qu'elle est par une anse de platine repliée à angle aigu, la pointe en question peut être aussi fine qu'on le désire; elle est composée d'une aiguille d'or dans le chas de laquelle est enfilée de toute force une anse galvanocaustique de platine très courte.

L'extrémité qui porte ce chas est un peu grosse pour résister à la force de l'appareil et pour que la chaleur de l'anse embrasée se propage plus facilement à l'aiguille, qui doit être d'un or très pur, afin de ne pas s'oxyder quand elle n'est pas incandescente.

(1) Aux dangers que j'ai déjà mentionnés comme propres aux méthodes ainsi employées, j'ajouterai le tétanos; témoin une femme chez laquelle M. Eugène Bœckel, éminent professeur de Strasbourg, avait extirpé, à l'aide du fil de fer, un myôme adhérent à la lèvre postérieure et qui mourut de cette complication (*Gazette de Strasbourg*, 1er juin 1875).

(2) Quoi qu'on en dise, une *hémorrhagie grave peut être la conséquence* de cette excision avec le bistouri; j'en ai moi-même été témoin dans un cas où je ne suis parvenu à arrêter l'hémorrhagie qu'avec le fer rouge.



EXPLICATION DES FIGURES.

FIGURE 1. — Figure schématique représentant la moitié gauche de la matrice et d'un myôme polypeux adhérent au fond de cet organe, et en même temps les instruments qui ont servi à l'extirper, tels qu'ils ont été placés. — On y voit : en *a* et *b*, la muqueuse revêtant la tumeur l'abandonner pour se renverser sur les parois antérieure et postérieure de l'utérus; la surface *a b* de la tumeur adhérant au fond de l'utérus par un tissu connectif lâche et souple, excepté au centre de cette surface où le tissu propre de l'organe s'insinue et se perd, sous forme de cordon *c*, dans celui de la tumeur; le long de la paroi postérieure de l'utérus, on a insinué le porte-anse galvanocaustique *d*, de l'extrémité duquel descend l'anse de platine. Le sommet de cette dernière a été saisi et insinué le long de la paroi antérieure de l'utérus par la fourchette *e*. En *f f'* sortent encore de l'orifice utérin les deux chefs destinés à être portés en haut pour serrer l'anse. Enfin, en *g*, on voit un petit fibrome intra-pariétal de la paroi postérieure du col.

FIGURE 2. — Fourchette spatule courbe sur le plat (déjà représentée dans la figure 1), vue de profil en *a* et de face en *b*.

FIGURE 3. — Fourchette spatule courbe sur le bord, ayant servi à serrer l'une à droite, l'autre à gauche de la tumeur, les deux parties de l'anse représentées en *f f'* dans la figure 1. On voit cette fourchette en *a* de face et en *b* de profil.

FIGURE 4. — Sonde utérine à spatule, vue en *a* de face et en *b* de profil.

FIGURE 5. — Agrafe destinée à pendre sur le mont de Vénus pour fixer au-devant de la vulve le coton phéniqué et la toile cirée qui le recouvre.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

(*Séance du* 21 *novembre* 1883.)

Rapports de M. J. Lucas-Championnière sur deux mémoires, l'un de M. le Dr Queirel, de Marseille, sur **cinq observations d'hystérotomie**; le second, de M. le Dr Fort, de Rio-de-Janeiro, intitulé : **Recueil de six observations avec opération d'ovariotomie, hystérotomie, laparotomie pour tumeurs utérines et ovariques et pour grossesse extra-utérine.**

M. J. Lucas-Championnière rappelle d'abord que la principale question qui s'agite à l'heure actuelle dans l'hystérotomie faite pour corps fibreux est celle du traitement du pédicule, ou, pour mieux dire, de la surface traumatique laissée par l'opération. Au début, comme on peut le voir par les observations de MM. Péan et Kœberlé, cette surface a été constamment maintenue et traitée hors le péritoine; puis la généralisation de la pratique du pédicule intra-péritonéal dans l'ovariotomie a entraîné quelques chirurgiens à employer la même manière de faire, et M. Terrillon disait récemment que cette pratique était celle à laquelle se rattachait la majorité des opérateurs. Déjà il s'est élevé contre cette affirmation.

Ni M. Péan, ni M. Kœberlé n'ont adopté comme méthode générale le traitement intra-péritonéal. M. Bantock, qui a fait l'an dernier, au *British medical Association*, une communication sur 23 cas d'hystérotomie, a eu des résultats désastreux lorsqu'il a employé ce mode de traitement; dans les autres cas, il a eu des résultats presque aussi favorables que pour l'ovariotomie.

MM. Thornton et Spencer Wells considèrent le pédicule extra-péritonéal comme formellement indiqué lorsqu'on ouvre la cavité utérine. M. Schrœder, de Berlin, partisan de la réduction du pédicule, a eu 20 morts sur 66 opérations.

D'après les résultats de sa pratique personnelle, M. Championnière estime que l'hystérotomie, compliquant l'ovariotomie ou l'ablation d'un cancer péritonéal, est une médiocre opération. Quatre fois il l'a faite pour l'opération de Porro, avec deux succès, et, dans ce cas, le

traitement intra-péritonéal du pédicule est injustifiable. Sur deux cas d'hystérotomie pour corps fibreux, il a fait une fois le traitement extra-péritonéal, et la malade a guéri, bien que la formation du pédicule ait été très difficile ; une autre fois l'abandon du pédicule dans l'abdomen a été suivi de mort au quatrième jour, bien que l'opération ait été facile.

Le résultat des opérations de M. Périer, au nombre de deux, et de celles de M. Terrier, au nombre de trois, lui paraissent aussi plaider en faveur du traitement extra-péritonéal.

Enfin M. Queirel, en suivant cette pratique, a eu trois succès pour cinq opérations. M. Fort, qui a tenté le pédicule intra-péritonéal, a eu deux morts sur trois cas.

M. Championnière se propose, pour les opérations à venir, de faire le traitement extra-péritonéal toutes les fois qu'il sera possible, avec cette réserve seulement que les vaisseaux aboutissant aux trompes et aux ovaires soient *liés* séparément, ce qui permet un pédicule plus étroit et plus facile à serrer. Il y a pourtant des tumeurs fibreuses pédiculées, dont le pédicule reste si facilement intra-péritonéal qu'elles sont en dehors de ces considérations, et, d'autre part, où il doit être absolument impossible d'amener le pédicule au dehors.

M. Queirel a constamment employé le même procédé, la constriction d'une portion étroite au-dessous de la tumeur et la formation d'un pédicule qu'il a constamment maintenu au dehors. Ses résultats, 3 succès sur 5 opérations, peuvent être considérés comme favorables. Une de ses opérées a succombé peu après l'opération, probablement par suite de la perte de sang abondante déterminée par l'opération. L'autre, après avoir passé sans accident les premières vingt-quatre heures, montra une dépression considérable et mourut quarante-huit heures après l'opération.

Pour M. Queirel, les indications de l'hystérotomie peuvent être tirées des troubles généraux et de l'augmentation de volume rapide de la tumeur. Même en l'absence d'hémorrhagie, l'hystérotomie peut être imposée par des troubles de voisinage ; à plus forte raison si des pertes répétées se montrent.

Mais, dans ses conclusions relatives à l'opportunité de l'hystérotomie, il nous paraît s'être laissé influencer par les résultats favorables de l'ovariotomie. En effet, s'il est vrai que les fibromes n'ont pas, en général, des adhérences disposées comme celles des kystes de l'ovaire, il arrive souvent que ces tumeurs ont des prolongements

[illegible] interstices des viscères. [illegible] cas dans lesquels la con- [illegible] nécessité de l'intervention [illegible] de l'ovaire et dans le cas [illegible] progressive sur laquelle on [illegible] contraire, l'arrêt de l'évo- [illegible] à l'époque de la ménopause. La [illegible] augmentation de volume, peut aussi [illegible] Le traitement hydro-minéral pro- [illegible] résultats merveilleux. Aussi, tandis [illegible] l'ovaire : Enlevez-le dès que vous le [illegible] proposer l'hystérotomie que lors- [illegible] ?

[illegible] l'hystérotomie montre bien que la si- [illegible] pas du tout la même qu'après l'ovario- [illegible] péritonite septique que M. Champion- [illegible] l'ovariotomie, le choc, l'épuisement, sont [illegible] mort, et, si la réaction se fait bien, on [illegible] le succès. Dans l'hystérotomie, au [illegible] d'accidents réflexes formidables, se [illegible] pouls, un état syncopal, des vomis- [illegible] incoordination complète de la température [illegible] des inspirations. Ces accidents sont [illegible] rapprochée de l'opération ; mais on les voit [illegible] pronostic s'était présenté dans les condi- [illegible] le troisième ou le quatrième jour, et [illegible] même onzième jour. Ces accidents sont très [illegible]

[illegible] conclu de son expérience, que, moins on [illegible] de chances d'éviter ces accidents. M. Quei- [illegible] plus on descend vers le col, plus les ra- [illegible] par suite les dangers, diminuent. Ceci ne [illegible] pas le soin de détacher séparément les [illegible] deux pédicules séparés.

[illegible] un excellent appoint dans l'étude de [illegible] fibreux.

[illegible] M. Bort, la première est une hystérotomie in- [illegible] vagin sur une femme présentant des fibromes [illegible] Le serre-nœud, qui fut employé, n'a point

empêché l'hémorrhagie. L'énucléation avec des ciseaux semblerait préférable à l'emploi du serre-nœud ou de l'écraseur, ou, dans le cas où ce procédé serait inapplicable, l'hystérotomie abdominale d'emblée serait la véritable ressource.

Les trois opérations contenues dans ce mémoire ont donné lieu à deux morts, et, dans ces deux cas, M. Fort avait employé la méthode intra-péritonéale. Dans la troisième, il a d'abord placé au dehors son pédicule, et il a cru devoir, avec la broche, laisser par surcroît le serre-nœud. La rétraction du pédicule a entraîné les fils et les instruments dans l'abdomen, et ce n'est que vingt jours plus tard que la gangrène du pédicule et la suppuration ont permis de les retirer. M. Fort propose à cette manière le nom de traitement mixte du pédicule. Il semble qu'il n'y a là qu'un accident bien connu, l'entraînement d'un pédicule trop court dans la profondeur de l'abdomen, accident que chacun tiendra à éviter dans la mesure du possible.

Une autre observation de ce mémoire a trait à un fibro-kyste de l'ovaire opéré, avec guérison, malgré des accidents graves de suppuration. Enfin, la dernière malade est une négresse opérée pour une tumeur que l'on a cru d'abord dépendante de l'ovaire, et qui n'était en réalité qu'un lithopœdion. La tumeur contenait un fœtus qui pouvait remonter à huit années, d'après le récit ultérieur de la malade. La guérison fut rapide.

M. Pozzi est aussi d'avis que la ligature extra-péritonéale est la meilleure, parce qu'elle permet de se mettre plus à l'abri de l'hémorrhagie et des accidents septicémiques ; et la ligature élastique a pour elle l'assentiment d'un grand nombre de chirurgiens. Certains auteurs n'ont pas craint d'abandonner le pédicule lié d'un fil élastique dans l'abdomen, soit lorsque la méthode extra-péritonéale donnait lieu à trop de tiraillements, soit même comme méthode générale.

Le spray serait abandonné aujourd'hui par un grand nombre d'ovariotomistes (Kœberlé, Bantock, Lawson-Tait, Holmes, Breisky, Howitz), en raison du refroidissement qu'il détermine dans la cavité abdominale.

M. Gillette trouve que l'hystérotomie est une mauvaise opération, et rarement indiquée. L'abandon du pédicule dans l'abdomen lui semblerait préférable au traitement extra-péritonéal. La ligature élastique coupe trop vite les tissus sur lesquels elle est appliquée.

M. Terrier préfère le traitement extra-péritonéal. Sur sept hystérotomies, six fois il a laissé le pédicule au dehors, et il a eu trois suc-

cès. Une fois il a rentré le pédicule ; sa malade est morte d'hémorrhagie. La crainte de refroidissement par le spray lui paraît chimérique, puisque, pendant l'opération, le péritoine est constamment protégé par les éponges, les linges, etc.

M. L.-Championnière. — Il n'y a pas de règle absolue pour le traitement du pédicule ; mais le traitement extra-péritonéal doit être la méthode de choix, et s'il insiste sur ce point, c'est que la méthode contraire ayant prévalu pour l'ovariotomie, beaucoup de chirurgiens ont pensé qu'on pouvait agir de même après l'hystérotomie. C'est après avoir eu des désastres, que des opérateurs de longue expérience ont conclu à la méthode extra-péritonéale. Du reste, la technique de cette opération est encore mal établie, et il faut des progrès sur ce point. Les avantages du fil élastique ne sont pas encore démontrés. Sur un nombre considérable de cas tirés de sa pratique ou de celle de ses collègues, il n'a jamais observé d'accidents imputables au spray. Chez une malade dont la peau présentait une susceptibilité particulière à l'acide phénique, il a employé, avec succès, de l'eau d'eucalyptus, mais la courbe de température a été un peu plus élevée que dans les cas précédents.

(*Séance du 28 novembre*).

A propos de l'hystérectomie. — M. Terrier expose les résultats de sa pratique. Les sept hystérectomies qu'il a faites peuvent être divisées en deux catégories, bien différentes au point de vue clinique et opératoire, et devant fatalement donner des résultats dissemblables. Dans la première, il range les hystérectomies faites comme complément forcé d'une ovariotomie double ou simple. Dans ces circonstances, la matrice et la tumeur ovarienne avaient entre elles des rapports tellement intimes qu'elles n'ont pu être dissociées sans danger considérable, d'où la nécessité de comprendre l'utérus dans le pédicul maintenu à l'extérieur, et de le réséquer. Trois de ses observations, rapportées en résumé, appartiennent à cette catégorie,

Dans la seconde catégorie, il place les hystérectomies faites pour des tumeurs de l'utérus ; c'est surtout à propos de cette intervention que des opinions diverses ont été émises, et c'est par conséquent sur ces faits qu'il insistera. Sur quatre opérations, il a obtenu deux succès. On peut rattacher à trois types le mode opératoire utilisé dans ces quatre observations pour le traitement de la tumeur.

Dans une première manière d'opérer on fait un pédicule, ou pour mieux dire on pédiculise la masse morbide, en plaçant à sa base une ou deux broches, et en l'étreignant avec une ou deux anses de fil de fer, qu'on serre ensuite avec des ligatures. C'est le procédé classique en quelque sorte ; il s'accompagne ou non de l'ablation des ovaires.

Une deuxième manière d'opérer consiste à réduire le pédicule de la tumeur dans la cavité abdominale, et pour ce faire, obtenir une hémostase complète, non seulement temporaire, mais définitive. Il a utilisé, à cet effet, la ligature en chaîne, mais elle ne paraît pas encore suffisante, parce que les parties d'abord parfaitement étreintes diminuent de volume, et que les ligatures ne serrent plus, d'où l'hémorrhagie secondaire. Il faudrait donc, ou bien utiliser les fils élastiques, ou bien ajouter à la ligature en chaîne une suture des lèvres de la section de l'utérus, lèvres primitivement taillées en biseau. C'est ainsi qu'a fait M. Terrillon, dans un cas qui se trouve rapporté dans nos bulletins.

Enfin, la troisième manière de faire diffère totalement des deux autres : elle lui a été imposée par la nécessité, et lui semble bonne à conseiller toutes les fois que l'utérus sera bourré de fibromes assez gros et énucléables. On pratique donc cet énucléation aussi complètement que possible, et les bords de la cavité, ainsi formés, sont suturés aux lèvres de la plaie abdominale. Si cette cavité est trop large, si elle est déchirée, on la diminue, ou bien on la suture par des ligatures au catgut, comme cela a été fait avec succès dans la dernière observation.

En fait, l'hystérectomie n'est pas, comme le pense M. Gillette, une opération détestable ; c'est une opération dangereuse, à propos de laquelle tout n'a pas encore été fait, et qui sera très certainement perfectionnée. Alors peut-être ne sera-t-on pas seulement autorisé à opérer des femmes en danger de mort, comme le veulent la plupart les chirurgiens actuels.

M. J. L.-Championnière partage l'avis de M. Terrier, sur la diffi ulté de juger des cas qui ne sont pas comparables, et d'apprécier la aleur de l'opération à l'aide des faits connus jusqu'à ce jour. Dans a pratique personnelle, il a eu trois décès sur quatre opérations ; ais les cas étaient très graves et les malades seraient certainement ortes à brève échéance de l'affection à laquelle on voulait remédier; ussi ces chiffres ne prouvent rien contre la valeur de l'hystérotomie. ans l'état actuel, nous avons encore trop de chances défavorables à

courir pour que nous consentions à intervenir chez les femmes, qui ne sont pas encore trop compromises par leur mal, comme on le fait pour l'ovariotomie.

Il a suivi pendant très longtemps sa dernière malade avant de l'opérer, et il n'est pas intervenu tant que sa vie a été supportable. La tumeur pesait 17 kilogrammes, et cependant l'opération n'a pas présenté de difficultés insurmontables, puisqu'elle a pu être complètement et correctement terminée en une heure environ. Les premières vingt-quatre heures se sont écoulées sans qu'il soit survenu aucun phénomène fâcheux, mais, à ce moment, et sans incident nouveau, la température s'est élevée ; des contractions tétaniformes se sont montrées dans les muscles du cou, et l'opérée a succombée à des accidents qu'il considère comme de la famille des réflexes, sur lesquels il a attiré l'attention dans la séance précédente.

M. Pozzi présente une série d'instruments employés par divers auteurs pour la ligature élastique, et communique la note suivante : **Sur la technique de la ligature du pédicule utérin dans l'hystérotomie abdominale.**

La ligature élastique du pédicule dans l'hystérotomie tend de plus en plus à se généraliser, contrairement à l'avis de quelques-uns de ses collègues. Il se propose de rapporter brièvement les procédés mis en usage pour la pratique.

B. Kleiberg (à Odessa) s'est servi de drains non percés et conservés dans l'eau. Il enfonce dans le col utérin un trocart d'un centimètre d'épaisseur, et, par la canule de ce trocart, il introduit quatre tubes élastiques de un demi-centimètre de grosseur. Il les noue deux par deux de chaque côté de la tumeur qu'il enlève avec le bistouri. Avant de nouer les tubes, on tire dessus aussi fortement que possible, chacun des nœuds est consolidé par une ligature de soie. Dans le cas rapporté par Kleiberg, où des artères plus grosses que la radiale furent coupées, il n'y eut aucune hémorrhagie. Il avait laissé le pédicule glisser dans le petit bassin, les huit bouts de tube émergeant de la plaie ; huit autres tubes fenêtrés pour le drainage avaient en outre été introduits dans le petit bassin. Tous les drains étaient fixés dans l'angle inférieur de la plaie, et la cavité abdominale fermée par des sutures. Le moignon se détacha le douzième jour. Guérison.

C'est le premier procédé de ligature élastique qu'il ait trouvé décrit. Czerny a employé la ligature élastique dans l'hystérotomie dès

1879; mais le résumé du Centralblat für Gynäcologie ne donne pas de détails sur son procédé.

Olshausen (Deutsche Zeitscrift für Chirurgie, 1881) procède ainsi : un tube élastique d'environ six millimètres d'épaisseur est enroulé deux fois autour du pédicule, puis on le noue trois fois, et les deux extrémités sont liées ensemble avec de la soie. Pour plus de sûreté, on coud le tube au pédicule, en deux endroits différents.

Fischer (de Hanovre) (même recueil. 1882) emploie le même procédé, sauf qu'il substitue au tube un cordon plein, et qu'il emploie une pince fixatrice pour maintenir la constriction avant de faire la ligature.

Hégar et Kaltenbach (*Die operative Gynäcologie*, 1881) se servent de tubes en caoutchouc noir très épais, dont le diamètre est de cinq à six millimètres. Après avoir appliqué le tube autour du pédicule, ils croisent en avant les deux chefs, en plaçant sur l'entrecroisement une pince fixatrice spéciale à mors plats et arrondis, qui maintient la ligature jusqu'au moment où on l'enlève, ou bien où on la fixe définitivement. La ligature élastique provisoire paraît, en effet, rendre de grands services, même lorsqu'on a ensuite recours à un autre procédé pour le traitement définitif du pédicule. Si l'on veut conserver la ligature élastique, avant de retirer la pince, un fil de soie est passé entre cette pince et le pédicule, et noué sur le point où les tubes se croisent. Pour plus de sûreté, on peut faire une seconde ligature de soie après avoir exercé une légère traction sur le tube élastique. Les bouts de fils de soie sont coupés au ras, et les extrémités des tubes sont ainsi sectionnées, après qu'on a cessé de tirer sur elles, de manière qu'elles aient à ce moment toute leur épaisseur.

Kaltenback a inventé une aiguille spéciale pour passer une double ligature à travers le col utérin, lorsque son épaisseur rendrait une ligature unique insuffisante.

Thiersch (*Centralblat für Gynäcologie* 1882), après avoir entouré deux fois le pédicule avec le tube de caoutchouc, fait passer les deux bouts dans un anneau de plomb de 5 millimètres de diamètre, puis il écrase avec une forte pince ce *tube de Galli* d'un nouveau genre.

Ahlfeld (*Berichte and Arbeiten aus der Klinik in Giessen* 1881-1882) a repris ce procédé et l'applique au traitement intra-péritonéal du pédicule.

Nieberding (*Aertsliches intelligens blatt*, 1882) a reconnu de même les avantages de la ligature élastique.

Aux yeux de M. Pozzi, et pour des raisons diverses, dont les principales sont la crainte de l'hémorrhagie et la grosseur des pédicules, le traitement extra-péritonéal, avec ligature élastique du pédicule sous deux broches croisées, doit être *le procédé de choix* dans l'hystérotomie (sauf peut-être pour les fibromes sous-péritonéaux pédiculés).

Howitz (de Copenhague) vient de lui devoir une série de succès exceptionnels : sur 8 hystérotomies, dont 6 amputations sus-vaginales de l'utérus, il a obtenu 6 guérisons.

L'emploi de la ligature élastique, comme *moyen d'hémostase*, qu'il ne faut pas confondre avec son emploi comme *moyen d'exérèse*, ne mérite donc pas l'oubli où elle a été laissée jusqu'ici dans notre pays, et il trouve, dans l'hystérotomie, une de ses plus importantes applications.

Sans doute, d'autres procédés de fixation extérieure, peuvent s'imposer à l'opérateur : ainsi, à l'exemple de Moore (de Rochester), on pourra, dans certains cas d'énucléation de gros fibromes par la laparotomie, fixer les bords de la cupule utérine à la plaie abdominale, au lieu de lier en plusieurs segments ou en masse l'énorme pédicule.

Restent les cas où la brièveté du pédicule est telle, qu'on ne peut l'attirer à l'extérieur ou l'y maintenir sans danger. — Dans ce cas, le traitement intra-péritonéal s'impose comme *procédé de nécessité*.

Peut-on, dans ce cas, recourir à la ligature élastique ?

Kleiberg, Czerny et Kaltenbach avaient déjà pratiqué occasionnellement la ligature élastique intra-péritonéale du pédicule, quand Olshausen est venu l'ériger en système. D'après ses expériences sur les animaux, il prétendit que le tube élastique était parfaitement toléré qu'il *s'encapsulait* dans le péritoine. Deux beaux succès sont venus prouver tout au moins, que cette tolérance est possible dans l'espèce humaine comme chez les animaux. Hégar a, depuis, souvent employé ce procédé, bien qu'il ne paraisse pas le préférer définitivement an traitement extra-péritonéal; et, s'il a eu de nombreuses guérisons, il a observé parfois des accidents inflammatoires plus ou moins graves du petit bassin, à la suite de l'abandon de la ligature. Le plus souvent, toutefois, ces accidents sont très bénins, et se bornent à une sorte d'inflammation éliminatrice du lien élastique, qui sort le plus souvent avec le pus d'un abcès rétro-utérin.

Ahlfeld a publié deux cas de ce genre : une de ses malades est morte au neuvième jour de septicémie (faute de drainage, d'après l'auteur) ;

la seconde guérit parfaitement, et elle élimina son tube, au bout de trois mois, sans aucun accident sérieux.

En somme, la question est encore à l'étude. Quand la méthode intra-péritonéale est la seule possible, on a à choisir entre trois grands procédés de traitement du pédicule : celui de Schröder, qui n'assure pas toujours complètement, ni contre l'hémorrhagie, ni contre la septicémie d'origine vaginale ; celui de Léopold, qui fait perdre beaucoup de temps, et qui laisse dans le péritoine une trop grande quantité de fils ; enfin la ligature élastique, selon une des pratiques qui ont été décrites. Mais il en est un qui doit être considéré comme la règle, et celui-là est, pour M. Pozzi, la ligature élastique.

Mais, si cette ligature permet d'éviter l'énorme danger de l'hémorrhagie consécutive, elle expose à un autre, celui de l'intolérance du péritoine, et de l'inflammation éliminatrice plus ou moins vive qui peut en résulter. Reste à savoir lequel de ces deux dangers est le moindre. Or l'expérience nous montre des morts fréquentes dues à l'hémorrhagie tardive, et d'autre part des cas très nombreux où la ligature élastique n'a déterminé que des accidents nuls ou sans gravité. Aussi M. Pozzi l'adopte-t-il, à l'exemple d'Olshausen, de Hégar, de Fischer et de Ahlfed.

Mais ne pourrait-on pas favoriser l'élimination du caoutchouc, en maintenant au dehors les extrémités de tubes ou de cordons élastiques, soit dans la partie inférieure de la plaie abdominale, soit même dans le vagin? C'est dans ce but qu'il a fait construire un lien élastique, dont la partie médiane, longue d'un pouce environ, est formée d'un cordon plein de 4 millim. d'épaisseur, tandis que ses deux extrémités, dont la longueur peut être plus ou moins grande, sont des tubes, qu'il est aisé de fenêtrer aux ciseaux après la ligature faite, et d'amener où l'on désire faire le drainage, soit dans le cul-de-sac vaginal, soit à la partie inférieure de la plaie abdominale. Il n'a pas encore eu l'occasion de s'en servir,

Il préfère les *cordons* de caoutchouc aux *tubes* pour la ligature des moignons utérins, car, à grosseur égale, ils ont une résistance plus grande. Or, ici la constriction ne saurait être trop forte. Le caoutchouc noir lui a paru meilleur que le rouge et surtout que le gris. Ce cordon doit être bien désinfecté par le séjour dans une solution antiseptique.

Pour remplacer la pince fixatrice de Hégar, il a fait construire par M. Mariaud un ligateur élastique, qui opère d'emblée la constriction

et la fixation du lien. Le caoutchouc doit être fortement tendu avant d'être passé autour de la partie à étreindre. Le ligateur se compose de deux pièces se démontant à volonté par un système de baïonnette, ce qui permet d'enlever le manche et de laisser au besoin en place, temporairement ou définitivement, la pièce antérieure qui assure la constriction.

M. J. Lucas-Championnière ne se trouve pas suffisamment édifié sur la valeur de la ligature élastique, qui n'a pas encore été très employée ; mais il n'est pas opposé à son application et se propose de l'expérimenter.

M. Terrier trouve qu'il y a quelques points noirs dans l'emploi de la ligature élastique, et que, jusqu'à nouvel ordre, elle ne doit pas être employée comme méthode de choix. Qu'elle mette à l'abri de l'hémorrhagie, soit ; mais comme elle détermine facilement de la suppuration lorsqu'on est obligé d'abandonner le fil dans le ventre, il se demande si cette éventualité n'est pas aussi redoutable que la première.

R. Chenet.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Les maladies puerpérales, étude clinique par le Dr F. Siredey, médecin de l'hôpital Lariboisière, avec 15 tracés thermométriques, dont 3 planches hors texte. In-8, chez G. Masson.

C'est, en effet, un livre de clinique, et d'excellente clinique, que ce livre où l'observation occupe la première et la plus grande place, mais où les sciences accessoires apportent aussi leur tribut de connaissances, au plus grand bénéfice des malades.

En l'espèce, il y a longtemps qu'on a signalé et décrit plus ou moins exactement, il est vrai, les accidents qui menacent la santé et la vie des accouchées, et, si l'idée de septicémie ne nous semble plus neuve aujourd'hui, le temps n'est pas encore bien loin de nous où ni le mot, ni la chose ne correspondaient à des notions bien déterminées. A vrai dire, nous ne sommes pas encore complètement édifiés à l'heure actuelle sur l'agent de cette infection ; mais les recherches de Pasteur et celles de ses élèves, notamment celles de Doléris (*Essai*

sur la pathogénie et la thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches. Thèse de Paris), nous rapprochent singulièrement de la vérité, et la théorie parasitaire de l'infection puerpérale a pour elle, non seulement l'assentiment unanime des hommes, mais le témoignage universel des faits. Quelle que soit, d'ailleurs, la nature de cet agent, quelque multiples que puissent être ses origines et ses modes d'évolution, il détermine dans l'organisme des phénomènes ou des séries de phénomènes infectieux variables suivant l'individu, c'est-à-dire suivant le terrain sur lequel il se développe, suivant les organes qu'il frappe ou qu'il atteint, et suivant l'étendue du territoire qu'il envahit. Or, c'est à la description de ces maladies cliniques que M. Siredey a consacré son livre ; et si d'autres avaient entrepris cette tâche avant lui, nul n'a su la mieux conduire ; si d'autres avaient rassemblé des documents pour cette étude, lui-même, par ses travaux personnels antérieurs, ou dans les travaux inspirés par lui, avait singulièrement augmenté la masse de ces documents. Il les rassemble aujourd'hui, et après avoir fait, à différentes reprises, l'analyse des phénomènes infectieux, il nous donne aujourd'hui la synthèse de l'infection puerpérale.

L'accouchée, dit-il, est une malade atteinte d'une plaie, une blessée exposée à toutes les complications des plaies chirurgicales. Ce n'est pas en elle, mais en dehors d'elle que se trouvent les germes de la septicémie. C'est donc en protégeant les plaies génitales contre les germes hétérogènes qu'on évitera les accidents puerpéraux.

L'ouvrage est divisé en six livres : le premier consacré à l'état puerpéral physiologique ; le second, à l'état puerpéral pathologique en général ; les deux suivants, à la lymphangite et à la phlébite utérines ; le cinquième, aux complications viscérales des maladies puerpérales ; le sixième, enfin, à la prophylaxie.

Je signalerai spécialement, dans le premier livre, les recherches sur la température des nouvelles accouchées, sur la sécrétion lactée, et la prétendue fièvre de lait, et des détails fort intéressants sur l'involution utérine, empruntés aux recherches personnelles de M. Mayor.

Avec le second livre commence l'étude de la pathologie des suites de couches, envisagée d'abord au point de vue général, puis dans ses manifestations spéciales : lymphangite et phlébite utérines. *L'infection*, ou, comme on disait autrefois, *la fièvre puerpérale,* se montre sous deux formes principales : l'une, bénigne, qui correspond le plus ouvent aux cas sporadiques, évolue comme une inflammations vul-

gaire, et se termine le plus souvent par la guérison ; l'autre, grave, presque toujours épidémique, affectant, comme la précédente, les lymphatiques ou les veines, et, comme elle encore, plus souvent les lymphatiques que les veines, aboutit rapidement à la suppuration locale ou à l'infection purulente.

L'examen des conditions étiologiques nous montre : une *blessée* dont l'état général est toujours plus ou moins déprimé par des souffrances physiques ou morales, dont les humeurs et les tissus ont subi des modifications diverses qui ont eu pour résultat une diminution de résistance aux causes morbifiques ; des *agents de transmission* qui peuvent être l'accoucheur ou la garde, les instruments ou les objets de pansement, ou enfin l'atmosphère ; enfin, un *principe infectieux* qui paraît dû souvent à la décomposition des matières organiques.

Les examens nécroscopiques démontrent : des lésions primitives constantes, nécessaires, ayant leur siège dans les organes génitaux et intéressant surtout les vaisseaux absorbants, lymphatiques ou veines ; et des lésions à distance, secondaires, variables, et sans localisation déterminée.

Je regrette très vivement de ne pouvoir reproduire ici, même partiellement, aucune des descriptions cliniques dont ce livre est rempli et je me bornerai à en présenter le cadre.

La lymphangite peut être simple, ou bien elle s'accompagne de péritonite, ce qui s'explique facilement par la situation superficielle des lymphatiques utérins ou du phlegmon. M. Siredey décrit ces deux formes sous les noms de lympho-péritonite et d'adéno-phlegmon. Une distinction doit être établie, aussi, entre les différentes formes d'inflammations des veines, bien qu'elle semble également due, dans tous les cas, à l'absorption de germes contagieux : une forme simple, adhésive, généralement décrite sous le nom de *phlegmatia alba dolens*, et une forme grave à laquelle M. Siredey applique plus spécialement le nom de *phlebite infectieuse*.

Ces deux chapitres, lymphangite et phlébite, sont les parties capitales de l'ouvrage, non que le reste leur soit sacrifié ; mais ils sont traités avec une prédilection particulière et une incontestable autorité. L'auteur, ainsi que nous le disions en commençant, a contribué, dans une très large mesure, soit par ses recherches personnelles, soit par des travaux entrepris à son instigation, et poursuivis dans son service et sous sa direction, à porter la lumière sur ces questions

délicates. Ce que notre regretté maître Béhier avait fait pour la démonstration de la phlébite utérine, alors méconnue ou niée, il l'a fait, lui, pour le diagnostic différentiel de la phlébite et de la lymphangite. Quiconque a passé dans un service d'accouchements reconnaîtra dans son livre les portraits frappants des malades qui ont passé sous ses yeux; quiconque ignore cette partie de la médecine, ne pourrait choisir, pour y être initié, un guide plus sûr et un historien plus fidèle.

En dehors des cas nettement accusés de phlébite ou de lymphangite, il existe des formes mixtes qui sont d'autant plus graves qu'elles apparaissent à une époque plus rapprochée de l'accouchement. Ces formes mixtes, tantôt précoces, tantôt tardives, sont l'objet d'un chapitre spécial.

Je citerai encore d'une façon toute particulière, dans le cinquième livre, le chapitre des néphrites puerpérales et celui des éruptions chez les femmes en couches.

Ainsi qu'il était aisé de le prévoir par les prémisses, la prophylaxie est la conclusion de cet ouvrage où l'observation personnelle tient une large place, mais où les points historiques ne sont pas et ne pouvaient pas être laissés de côté.

De nombreuses observations publiées avec détails, et judicieusement commentées, terminent le volume.

En somme, c'est là un travail d'un intérêt constant, d'une utilité pratique immédiate, et qui tiendra dignement sa place au milieu des œuvres de la clinique médicale française.

Dr R. Chenet.

REVUE DES JOURNAUX

Relation de 110 ovariatomies, d'après un discours prononcé à la Société d'accouchements et de gynécologie de Berlin, par Martin. — (*Ans der Berl. Klin Wochenschrift*, 1883, n° 10).

Ces opérations peuvent être divisées en trois groupes. Le premier comprend six opérations pratiquées avant la découverte de la méthode antiseptique, soit dans les locaux de l'ancienne Maternité, soit

dans des maisons particulières, et qui donnèrent trois guérisons et trois morts, dont une par septicémie.

Le second groupe comprend 46 cas. Ici, les précautions antiseptiques, d'après les indications de Schröder, ont été prises, mais imparfaitement. Le lieu de l'opération, non spécialement disposé dans ce but, le personnel des gardes insuffisament exercé, le choix des aides et peut-être quelques imperfections dans le manuel opératoire peuvent être incriminés. Ces 46 cas ont donné douze fois des résultats funestes (mortalité 26 p. 100), sept fois par septicémie.

Enfin, dans le troisième groupe, composé de 58 cas, il n'y eut que deux morts : l'une due à une embolie du treizième jour d'une convalescence exempte jusque-là de complications ; l'autre, d'un cancer du péritoine rapidement développé à la suite de l'opération et dont on avait constaté déjà l'existence au moment même de cette opération. Il faut assurément tenir compte de ces causes de mort dans l'appréciation des résultats, mais on ne doit pas les imputer à l'ovariotomie. Ainsi donc, dans ce groupe, la mortalité a été de 3,5 p. 100 si l'on tient compte de ces cas particuliers, et nulle si on les laisse hors de compte.

L'opération a été appliquée en première ligne aux néoformations et aux dégénérescences des ovaires. Avec Schröder et persistant sur ce point dans les idées déjà émises par lui, l'auteur est partisan des opérations hâtives, surtout depuis que l'emploi des procédés antiseptiques a réduit la mortalité au minimum imaginable. Pour les tumeurs non malignes, l'indication d'opérer existe dès qu'il se présente des troubles de voisinage ; pour les tumeurs malignes, il n'y a d'autres contre-indications que l'infection clairement démontrée et depuis longtemps manifeste du péritoine. Or, comme le diagnostic exact de cette complication est le plus souvent impossible, il admet que la laparotomie exploratrice peut être pratiquée grâce à l'emploi de la méthode antiseptique.

En second lieu, l'ovariotomie a été pratiquée huit fois dans des cas où, d'après Hégar, la castration est indiquée. Dans quatre de ces cas, l'ablation des ovaires avait pour but de hâter l'époque de la ménopause et d'obtenir ainsi l'involution des myômes utérins ; ailleurs, il s'agissait de vices des développements des organes génitaux et d'absence d'utérus, d'hémorrhagies utérines impossibles à arrêter, ou de troubles ovariens avec aménorrhée datant de quatre ans. 7 de ces opérées ont guéri ; la huitième, une des quatre qui furent

opérées à cause du myôme, a succombé à une embolie du treizième jour de la convalescence, ainsi qu'il a été dit plus haut. — Les trois autres opérées de cette catégorie signalées comme guéries ont eu pendant longtemps des hémorrhagies caractéristiques, et l'involution des myômes a été plus ou moins rapide. Aussi, en présence des résultats plus satisfaisants qu'il a obtenus par d'autres modes de traitement, l'auteur considère comme douteuse l'indication de la castration en cas de myôme. Il ne se prononce pas davantage sur la valeur de cette opération en cas d'hémorrhagies impossibles à arrêter autrement. Enfin, en cas d'arrêt de développement des organes génitaux, l'indication d'opérer semble indiscutable lorsque des troubles graves rendent les femmes incapables de travail.

Dans un troisième groupe de faits, les opérations ont été déterminées par l'existence d'ovarites chroniques. Cette indication n'est pas encore généralement admise aujourd'hui, les conséquences d'une opération souvent double semblent hors de proportion avec la gravité du mal. En effet, l'auteur reconnaît qu'on peut, par un traitement longtemps poursuivi, obtenir sinon une guérison complète, du moins une innocuité relative dans le plus grand nombre des cas, Mais les troubles persistants de la santé et l'expectative d'un traitement fort long engagent les malades, quelle que soit leur situation sociale, à réclamer une solution définitive. L'objection tirée de la mutilation est fragile, puisque avec ces organes malades les femmes sont aussi impropres à la conception qu'elles le seraient sans eux, et qu'elles sont bien plus sûrement incapables de remplir leurs devoirs conjugaux qu'après l'opération.

Le nombre des malades opérées pour ovarite chronique s'élève à 17, qui toutes guérirent, et ces résultats peuvent être considérés comme définitifs, puisque, jusqu'à la fin de 1882, on avait de toutes de bonnes nouvelles. L'une des malades, opérée le 10 octobre 1881, mourut neuf mois après d'étranglement interne. On trouva à l'autopsie un corps jaune frais dans le pédicule d'un ovaire.

L'étiologie de ces ovarites chroniques put être établie, d'une façon certaine dans 5 cas : il s'agissait d'ovarites blennorrhagiques. Neuf fois, au contraire, les causes furent tout à fait obscures; quatre de ces faits concernent des jeunes filles qui souffraient depuis l'instauration des règles de violentes douleurs ovariennes, et dont les douleurs s'étaient étendues progressivement à toute la période intercalaire, de façon à nécessiter le repos continu sur la chaise

longue ; dans trois autres cas, il s'agissait de femmes ayant eu un enfant et qui, depuis l'époque de la puberté, avaient de violentes douleurs de tête, des attaques épileptiformes et des accès de mélancolie profonde qui augmentaient d'intensité en même temps que les phénomènes locaux.

Comme premiers symptômes, on constate une augmentation des règles, sinon dans le cas d'infection gonorrhéique où l'écoulement purulent et les signes de péritonite aiguë marquèrent le début du mal.

Les règles furent toujours profuses, douloureuses, l'intestin et l'utérus semblant associés dans une douleur commune ; et les patientes, tourmentées de douleurs incessantes, devenaient incapables de travailler, de marcher ou de se tenir debout, et même dans le repos au lit n'avaient pas de répit. Les rapports conjugaux devenaient impossibles.

Le palper ne fut possible, dans certains cas, que pendant l'anesthésie, tant la sensibilité était vive. Les ovaires se présentaient alors comme des productions de moyen volume à surface inégale, tantôt confondus dans une masse exsudative, tantôt au milieu du reliquat de celle-ci, brides ou cordons ; peu mobiles, adhérents à l'utérus ou au bassin, se gonflant et devenant extraordinairement douloureux au moment de la menstruation. Autour des ovaires ou sur leurs côtés on constatait une série de petits renflements atteignant parfois le volume d'une noisette et disposés comme les perles d'un collier, ou bien un renflement en forme de crosse, plus ou moins tendu, constitué par la trompe. De ses recherches multipliées sur ce point, Martin affirme qu'avec des précautions on peut arriver à distinguer les trompes, même saines, mais il ne porte un diagnostic que lorsqu'il a pu les reconnaître sur toute leur longueur.

Dans tous les cas, il s'est efforcé de faire un diagnostic aussi complet que possible et de reconnaître le point de départ de la tumeur, ses adhérences avec le bassin, l'utérus ou la paroi abdominale. Quant à celles qui peuvent s'être établies avec l'intestin et qui constituent la complication la plus fâcheuse, on ne peut que les prévoir, mais on ne doit jamais fendre le paroi abdominal si l'on n'est préparé à triompher des circonstances les plus fâcheuses. Il n'a jamais fait de ponctions exploratrices, le bénéfice de cette opération lui semblant douteux, et il rapporte à ce sujet qu'il fit sa première ovariotomie fort tard dans la soirée chez une patiente que son

père avait ponctionnée le matin et dont la mort était imminente par suite d'une hémorrhagie dans le sac de la tumeur.

Martin attache uneextrême importance au manuel opératoire, et, à l'exemple de Schneïder, il s'efforce de simplifier autant que possible l'opération et d'observer avec la plus grande rigueur les précautions antiseptiques.

Le lieu de l'opération, les instruments et le personnel des gardes sont sous la responsabilité d'une personne spéciale. L'appartement est purifié aux vapeurs de carbol et demeure toute la nuit rempli de ces vapeurs. Les instruments chaque fois flambés et passés au sable et au carbol, les éponges convenablement coupées et désinfectées pour ne servir qu'une seule fois, le lit bas, les plats et les vases qui ne doivent servir que pour la laparotomie restent dans cette vapeur toute la nuit. Supérieure et garde-malade prennent un bain comme la malade, et doivent être habillées avec une propreté rigoureuse. Il impose aussi le bain de propreté à ses aides et aux personnes qui doivent assister à l'opération. Le chirurgien et ses aides portent des pantalons et des tabliers frais lavés; les assistants doivent déposer leurs habits. Une solution de carbol à 2 0/0 est nécessaire pour les lavages; le ventre de la malade et les mains qui doivent le toucher seront lavés au jus de citron. L'armentarium se compose de couteaux, ciseaux, pinces et pièces hémostatiques de Péan, d'épingles et de soie de Turner qui, roulée sur un cylindre de verre, sera trempée quelques instants avant dans la solution de carbol. Martin emploie comme porte-éponge des tire-balles; il n'a pas besoin de trocart.—Une pince de Museux et deux tire-balles, complètent l'appareil instrumental. Il opère assis, à la façon de Péan; un aide s'assied à la gauche de la malade pour être à portée de sa main; un autre à droite pour le service des éponges, un troisième donne le chloroforme La surveillante générale est à sa gauche et en arrière pour passer les instruments. Toutes les laparotomies doivent être faites dans la matinée, et si c'est possible, à deux ou trois à la suite l'une de l'autre, à cause de la longueur et de la difficulté des préparatifs.

Il fait l'incision aussi grande qu'il est nécessaire, l'étendue de la section n'ayant aucune valeur pronostique. Si la tumeur n'est pas contiguë à la partie abdominale, ou si les intestins se précipitent au dehors, ils seront attirés autant quo possible tout à fait au dehors, recouverts d'une toile imprégnée de la solution faible et maintenus ainsi pendant toute la durée de l'opération. Cette éventration,

qui facilite singulièrement le manuel opératoire est tout à fait sans danger. Le kyste est ensuite incisé et l'on tâche de diriger le liquide au dehors du ventre; le plus souvent, il en tombe une certaine quantité dans le péritoine; mais quelle que soit la nature du liquide, cela est sans danger. Un nettoyage très superficiel est suffisant, le spray et les autres précautions antiseptiques éloignent les nouveaux germes de décomposition, comme ils suffisent pour détruire ceux qui existaient auparavant.

Il pratique l'hémostose avec le plus grand soin par la compression et la ligature constamment pratiquée avec des fils de soie. Au niveau des adhérences rompues, là où le péritoine ne peut glisser suffisamment pour permettre de recouvrir les surfaces dénudées, il se met à l'abri des hémorrhagies parenchymateuses en accolant ces surfaces à d'autres organes, et particulièrement à l'utérus. Celui-ci se dégage avec le temps et redevient complètement libre. On a d'ailleurs contre de telles hémorrhagies la ressource d'employer la liqueur de fer en solution plus ou moins concentrée, ou l'huile de térébenthine.

Martin n'a pratiqué le drainage prophylactique que deux fois : une fois dans le cas de carcinomie avec adhérence du bassin, une autre fois en cas d'hématocèle, compliquant deux tumeurs de l'ovaire gauche; dans les deux cas le drain fut introduit par le vagin.

Pour l'occlusion du ventre, il fait aussi exactement que possible l'affrontemennt du péritoine, mais il ne fait plus la suture aussi serrée qu'au début. Le pansement se compose d'une mince bande de protective recouverte d'une couche de ouate salicylée maintenue par des bandes de gaze.

La durée de l'opération varie de 13 minutes pour les cas simples, à 20 ou 25 minutes pour ceux qui sont plus compliqués, exceptionnellement elle s'est étendue à 45 minutes. La rapidité de l'opération est une circonstance favorable pour le pronostic.

Pendant les convalescences les patientes sont tenues à une diette rigoureuse tant que le hoquet persiste. Elles prennent de la morphine à haute dose, et sont cathétérisées si elles ne peuvent uriner dans le décubitus dorsal. Le hoquet passé, elles prennent d'abord de l'eau par cuillerées à bouche, puis du café, du vin, du champagne. Les intestins commencent à se mouvoir du deuxième au quatrième jour; alors une canule est placée dans le rectum, et souvent des gaz s'échappent au grand soulagement de l'opérée. Cinq jours après l'opé-

ration, on donne de l'huile de ricin, et, si une garde-robe suit, on commence une alimentation consistante.

Le premier pansement doit avoir lieu entre le huitième et le dixième jour, surtout depuis l'emploi des lavages au jus de citron, la cicatrisation de la plaie se fait sans réaction. Martin n'a rencontré de suppuration de la plaie que chez des personnes extrêmement grasses, et dans un cas où le fil protective s'était déplacé, et même dans ce fait, la réunion par première intention était parfaite dans la partie ou le protective ne s'était pas déplacé, et la suppuration n'existait que dans la partie en contact direct avec la ouate salicylée.

Les fils seront alors remplacés par un emplâtre agglutinatif et une simple couche d'ouate sèche appliquée par-dessus. En général, ce pansement, maintenu par une serviette, reste en place trois jours, et le ventre est bandé avec soin pour le premier lever. En cas de suppuration, on attend la cicatrisation complète sous un pansement sec chaque fois renouvelé.

Comme complication de la convalescence, on a noté huit fois de la suppuration et des abcès de la paroi abdominale qui furent traités par les désinfectants et qui retardèrent de huit jours la guérison définitive; et de la paramétrite ou des exsudats autour du pédicule qui furent traités par des injections vaginales à 40° Réaumur, et qui reculèrent la guérison de deux semaines.

Martin termine en faisant de nouveau l'éloge de la méthode antiseptique, dont les applications heureuses lui vaudront de jour en jour des partisans nouveaux.

Dr R. Chenet.

Durée de la grossesse, par J. Veit. (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, VIII, 2.) — La durée moyenne de la grossesse est estimée communément à 280 jours, c'est-à-dire à l'intervalle qui sépare la dernière menstruation de l'accouchement. L'auteur examine toutes les possibilités suivantes :

Au moment des dernières règles, les organes génitaux de la femme peuvent renfermer du fluide séminal qui servira à fertiliser l'ovule de cette menstruation. L'œuf peut avoir été déposé sur la muqueuse utérine, au moment des règles ; un coït postérieur viendra le féconder. Ou bien l'ovule se détachera avant les règles ou à leur début ; s'il est fécondé, les règles s'arrêteront et la caduque se formera.

Veit ne peut nous dire laquelle de ces théories est la vraie ; il conclut que, pour le moment, nous ne pouvons pas savoir si l'imprégnation se fait au moment de la dernière menstruation ou au moment où les règles auraient dû paraître. « Nous restons donc dans la même incertitude de laquelle nous sommes partis, et nous sommes obligés d'estimer par à peu près la durée de la grossesse. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Les *Annales de Gynécologie* ont recu :

Case of cæsarean hystero oophorectomy or Porro's operation with remarks, par Russell SIMPSON, d'Edinburgh. Extrait de *The British med. Journ.* 11, 18 juin 1883.

The value of graduated pressure in the treatment of diseases of the vagina uterus, ovaries and other appendages, par Nathan BOZEMAN. Extrait de *The Atlanta medical Register*, janvier 1883.

Bericht über 110 ovariotomies, par le Dr MARTIN. Extrait de *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1883, n° 10.

Modified Listerisin in ovariotomy with a report of five recent operations, par le Dr Edward W. JENKS, de Chicago. Extrait de *Michigan medical News*, décembre 1882.

De la vaccine, par le Dr CHARLÈS. — Bertrand, éditeur. Liège, 1883.]

Clinica e museo ostetrico della universita di Genova, par le Dr MACARI. — Genova, 1883.

Additional remarks on gastro, Electrotomy with special reference to Porro's operation, par Henry J. GARRIGUES. Extrait de l'*American J. of obstetrics*, janvier 1883.

Influence de la luxation como-fémorale sur la conformation du bassin, par le Dr VERRIER. — Lauwereyns, éditeur. Paris, 1882.

Il forceps Tarnier allo stretto superiore ed il pelvigoniometro. Lecture faite au 10e congrès de l'Association médicale italienne, réunie à Modène en septembre 1882, par le professeur Alessandro CUZZI. Extrait de la *Revista clinica* 1882.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES
Du docteur T. GALLARD
A L'HOTEL-DIEU DE PARIS

LEÇONS SUR LA DYSMÉNORRHÉE

Recueillies et rédigées par le D[r] **André Petit,** ancien interne des hôpitaux.

Messieurs,

Il est un trouble de la menstruation dont vous ne comprendrez bien l'importance et la gravité que quand vous serez vous-mêmes aux prises avec les difficultés et les exigences de la pratique civile ; — non pas qu'il soit plus fréquent et plus sérieux parmi les femmes des classes aisées de la société que parmi celles qui peuplent nos hôpitaux ; — mais, parce que les douleurs extrêmement vives qu'il provoque, étant habituellement passagères, se trouvent le plus souvent dissipées

avant que les malades aient eu le temps de recourir à nos soins, ou de réclamer leur admission dans nos salles. Ce trouble c'est la *dysménorrhée.* On donne ce nom, que justifie l'étymologie, à toute menstruation difficile et douloureuse.

Si la dysménorrhée ne se voit pas aussi souvent à l'hôpital qu'à la ville, ce n'est pas, comme on a paru le croire, parce que les différences de conditions sociales créeraient pour les femmes que nous recevons ici une sorte d'immunité q n'existerait pas pour les autres; mais, tout simplement, pa qu'on n'y regarde pas d'aussi près, que les plaintes sont pl discrètes et que bien des phénomènes échappent faut d'avoir été observés avec assez d'attention. Il vous suffira, pour vous convaincre, d'interroger, comme je l'ai fait, les 43 malades qui sont actuellement dans mes salles, et vous verrez que, sur ce nombre, il s'en trouve 12, c'est-à-dire un quart, qui sont dysménorrhéiques, à des degrés divers. Peut-être la proportion serait-elle moins considérable sur l'ensemble de la population féminine de Paris, car ces chiffres sont recueillis dans un service évidemment trop spécial pour permettre d'établir la moyenne véritable. Je dois cependant vous faire remarquer que, sur mes 43 malades, 15 au moins sont atteintes d'affections absolument étrangères au système génital.

La dysménorrhée est, vous ai-je dit, un trouble menstruel passager, qui disparaît au bout de quelques heures ou de quelques jours, sans laisser aucune trace apparente; c'est une des raisons qui ont le plus contribué à la faire considérer comme une maladie spéciale, essentielle, comme une véritabl *entité morbide.* Cependant, malgré la cessation des accident pendant la période intercalaire, je considère la dysménorrhée non pas comme une affection essentielle, mais comme u symptôme d'affections diverses. Et d'ailleurs la disparition des accidents dans l'intervalle des époques des règles est beaucoup plus apparente que réelle; c'est une sorte d'accalmie momentanée, et la cause prochaine du trouble menstruel persiste, le plus souvent, à l'état latent, pour se révéler de nouveau par les mêmes symptômes douloureux à l'occasion d'une

nouvelle congestion cataméniale. La santé des femmes dysménorrhéiques, si parfaite qu'elle paraisse, laisse donc toujours à désirer, même lorsqu'elles semblent le mieux portantes.

J'ai été très frappé de cette allure toute spéciale des accidents dysménorrhéiques dans un cas qu'il m'a été donné d'observer dès le début de ma carrière médicale ; il s'agissait d'une femme, de 30 ans environ, qui éprouvait chaque mois, à l'époque des règles, des douleurs excessivement vives au niveau du petit bassin, et qui, pendant les périodes intercalaires, ne ressentait aucune souffrance et paraissait jouir d'une santé parfaite. Ces mêmes accidents, qui se reproduisaient périodiquement depuis l'époque de son instauration cataméniale, persistèrent, en dépit de mes soins, pendant dix années, durant lesquelles je pus suivre attentivement la malade. J'avais constaté, lors de mes premiers examens, une antéflexion ; cette lésion utérine établissait nettement que la pathogénie de la dysménorrhée n'était pas aussi simple, chez cette femme, qu'on aurait pu le croire tout d'abord, et que les organes génitaux n'offraient pas, dans l'intervalle des règles, une intégrité absolue ; en outre, je vis se produire, quelques années plus tard, un petit polype muqueux qui vint faire saillie entre les lèvres du col utérin et dont je dus pratiquer l'ablation. Les accidents dysménorrhéiques n'en persistèrent pas moins ; mais vous voyez qu'il n'était pas possible de les considérer comme étant absolument indépendants des lésions utérines que j'avais constatées. Et il faut bien reconnaître que, loin d'être essentielle comme on aurait été tenté de le croire, la dysménorrhée rebelle, dont cette femme a si longtemps souffert, était, à coup sûr, le résultat d'altérations anatomiques siégeant sur la muqueuse utérine, et peut-être de lésions concomitantes plus profondément situées et, par suite, plus difficiles à déterminer d'une façon certaine.

Toujours, lorsque vous examinerez les malades avec soin, vous constaterez que le trouble fonctionnel, constituant la dysménorrhée, est accompagné de lésions d'organes plus ou moins marquées. Vous n'aurez garde, en pareil cas, de tomber

dans cette pétition de principe, trop souvent commise, qui consiste à admettre que l'affection considérée comme *essentielle*, *idiopathique*, détermine les lésions anatomiques par sa fréquente répétition ; la métrite n'est pas plus une conséquence de la dysménorrhée que l'emphysème pulmonaire n'est le résultat des accès d'asthme. Ce sont les altérations organiques du système génital qui engendrent la dysménorrhée, de même que ce sont les altérations du poumon ou du cœur qui donnent naissance à l'asthme.

Lorsqu'on considère, avec certains auteurs, que la dysménorrhée est une affection essentielle, au moins dans un grand nombre de cas, on se trouve forcément conduit à décrire des formes multiples de cette perturbation menstruelle. Ces formes, je me hâte de le dire, sont loin d'être énumérées en nombre égal par tous les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, et les classifications offrent une variété regrettable, qui conduit forcément à la confusion.

Je n'ai nullement l'intention de passer toutes ces classifications en revue, mais je veux vous signaler celles que vous rencontrerez le plus fréquemment décrites dans les ouvrages classiques.

On a décrit, tout d'abord une première forme de dysménorrhée que Raciborski (1) nomme *constitutionnelle*, et que d'autres appellent *nerveuse*, *sympathique* ou *spasmodique*. Cette forme serait surtout caractérisée par l'absence de lésions matérielles : elle serait très persistante et de cause indéterminée, se montrant chez les femmes les plus normalement constituées, sans qu'on puisse lui assigner une origine bien nette. L'hérédité jouerait un certain rôle dans l'étiologie de cette variété de dysménorrhée, si l'on en juge par certains exemples que Siredey a rapportés d'après des faits empruntés par Brouardel au docteur Duplan. Je comprendrais mieux, je l'avoue, l'influence de l'hérédité sur le développement des maladies qui engendrent le symptôme dysménorrhée ; mais, même dans ces cas, je ne

(1) Raciborski. Traité de la menstruation.

pense pas que sa puissance pathogénique soit telle qu'il faille y attacher une sérieuse importance.

On a admis encore la dysménorrhée *congestive*, dont quelques auteurs ont distrait la forme *inflammatoire* ; puis la dysménorrhée *mécanique*, par atrésie ou rétrécissement des voies génitales, opposant un obstacle matériel à l'écoulement du sang des règles et qui se subdivise en deux variétés : la première comprenant les cas où l'obstacle siège au niveau du col utérin, quel que soit d'ailleurs l'orifice rétréci ; la seconde, acceptée avec raison par Barnes, résultant de l'atrésie des trompes de Fallope ; enfin on a décrit comme autant de variétés distinctes : la dysménorrhée *ovarienne*, dont on n'a peut-être pas jusqu'ici fait ressortir suffisamment l'importance, et la dysménorrhée *membraneuse*, avec sécrétion ou expulsion de membranes, accompagnant l'écoulement sanguin et dans laquelle Bernutz a vu deux variétés qu'il appelle : *exfoliatrice* et *exsudative*. Cette dernière forme de dysménorrhée ne mérite pas d'ailleurs, ainsi que je vous le démontrerai, d'être considérée comme une espèce morbide qu'il faille décrire à part, car on peut rencontrer dans tous les cas de dysménorrhée, quelle qu'en soit la nature et la pathogénie, des membranes expulsées avec le sang des règles, d'une façon plus ou moins constante.

Je ne puis, en ce qui me concerne, Messieurs, accepter toutes ces divisions, car elles me paraissent absolument artificielles et elles conduisent à ce résultat assez étrange qu'il n'est pas possible de reconnaître, à la simple lecture, les descriptions qui ont la prétention de se rapporter à telle espèce plutôt qu'à telle autre. Il règne dans ces descriptions une confusion telle que l'on y voit souvent, suivant les besoins de la cause, la même manifestation locale être expliquée aussi bien par l'anémie que par la pléthore, ou par la congestion locale. C'est surtout en ce qui concerne la dysménorrhée *dite essentielle* que la netteté des descriptions laisse le plus à désirer ; aussi les auteurs les plus estimés de notre époque se refusent-ils à l'admettre ; ou s'ils s'y résignent ce n'est qu'en protestant,

comme le fait Barnes (1), qui dit ne vouloir la considérer que comme un *asylum ignorantiæ*, dans lequel il faut ranger provisoirement tous les cas dont on n'a pas encore su trouver l'explication scientifique. Ce qui revient à dire que le progrès de la science doit avoir pour résultat de faire disparaître cet *asile de l'ignorance*, dans lequel nous devons faire tous nos efforts pour éviter de chercher à nous réfugier.

C'est pourquoi je décrirai seulement deux classes de dysménorrhée : 1° la dysménorrhée *mécanique*, trouvant sa cause dans une difficulté de l'écoulement du sang menstruel à travers les orifices du col utérin ; 2° la *dysménorrhée congestive ou inflammatoire*. Cette seconde classe se subdivisant elle-même en deux variétés, suivant que les phénomènes congestifs ont leur point de départ dans *l'utérus* ou dans *l'ovaire*. J'espère vous démontrer que tous les faits observés peuvent aisément rentrer dans l'une ou l'autre de ces deux catégories.

La symptomatologie morbide pourra peut-être, dans les deux variétés de dysménorrhée congestive ou inflammatoire, qu'elle dépende de l'utérus ou de l'ovaire, offrir quelques différences ; mais, pour ma part, je n'ai pu jusqu'ici les constater d'une façon appréciable et je suis porté à croire qu'elles n'existent pas en réalité.

Je ne puis vous fournir une meilleure démonstration de cette similitude — pour ne pas dire de cette identité — des symptômes cliniques des deux variétés, *utérine* et *ovarienne*, de la dysménorrhée congestive, qu'en rapprochant l'une de l'autre les observations de trois malades actuellement en traitement dans mon service, et dont chacune présente un exemple de dysménorrhée symptomatique de cause différente.

Si nous nous arrêtons d'abord à la femme couchée au n° 3 de la salle Sainte-Marie, nous voyons qu'elle présente tous les symptômes caractéristiques de la dysménorrhée ; elle a été atteinte une première fois de troubles menstruels douloureux

---

(1) Barnes (Robert). Traité clinique des maladies des femmes. Traduit par A. Cordes. Paris 1876, page 180.

en 1871, à la suite d'une variole, et a été traitée, nous dit-elle, à cette époque, par des cautérisations du col ; renseignement qui nous autorise à admettre l'existence d'une métrite chronique. Guérie, au moins en apparence, pendant près de dix ans, elle a été prise de nouveau des mêmes accidents dysménorrhéiques depuis quatre mois; les douleurs ont été très vives à certaines époques de règles, et aujourd'hui, bien qu'atténuées par le repos,elles se montrent encore, périodiquement tous les mois, au moment de la menstruation. Nous constatons du reste chez cette malade l'existence non douteuse de la métrite chronique; le col est gros, ulcéré et présente des follicules saillants, enflammés : ces lésions utérines sont évidemment, dans ce cas, la cause de la dysménorrhée. Je vous signalerai en outre, chez cette femme, le soulagement qu'apporte à ses douleurs l'écoulement des premières gouttes de sang menstruel; et ce phénomène, que vous retrouverez souvent en semblable circonstance, est d'ordre tout analogue à la détente produite dans le *molimen menstruel* physiologique par l'établissement des règles normales.

Chez une autre malade de la même salle, au n° 35, les symptômes dysménorrhéiques se sont produits de la même manière et n'ont présenté aucune différence appréciable, bien qu'il ne s'agisse plus dans ce cas d'une métrite, mais d'une inflammation des deux ovaires. La dysménorrhée s'est compliquée ici de métrorrhagies, et la malade a vu parfois un flux sanguin abondant se montrer quinze jours environ après la cessation des règles. Au mois de décembre dernier, elle éprouva de vives douleurs au moment de la menstruation, et se décida à entrer à l'hôpital ; en janvier, les douleurs revinrent très violentes et les règles s'accompagnèrent de l'expulsion de caillots noirâtres. Nous avons trouvé chez cette femme, avec une ovarite gauche très intense et très manifeste, une inflammation moins caractérisée de l'ovaire droit et une albuminurie *a frigore*, dont l'intervention peut compliquer jusqu'à un certain point la pathogénie de la dysménorrhée. Mais nous avons constaté de plus que son utérus n'est pas absolu-

ment indemne, car nous l'avons trouvé plus lourd et plus volumineux qu'à l'état normal, sans qu'il y ait, à proprement parler, de métrite véritable.

Si cette observation peut laisser quelque place au doute, relativement à l'origine ovarienne de la dysménorrhée, il n'en est pas de même de la suivante. Il s'agit de la malade couchée au n° 32, et qui n'offre aucune trace de métrite, mais des signes incontestables d'ovarite du côté droit. Réglée à l'âge de 12 ans, cette femme, qui a aujourd'hui 32 ans, n'avait jamais ressenti aucune douleur au moment de ses époques menstruelles, lorsqu'elle éprouva, il y a neuf ans environ, c'est-à-dire deux ans après son mariage, les premiers accidents dysménorrhéiques. Ils se sont presque constamment reproduits depuis, mais avec une intensité variable : ils ont, du reste, toujours cessé, au moment de chaque crise mensuelle, lorsque l'hémorrhagie a commencé à s'établir. Nous constatons chez elle, dans le cul-de-sac vaginal droit, une tumeur ovoïde qui offre tous les caractères d'un ovaire atteint d'inflammation en voie de résolution; mais ce qui est absolument certain, c'est que l'utérus n'est ni enflammé ni ulcéré; seulement il est un peu incliné en arrière, et je ne voudrais pas affirmer que, pendant les crises dysménorrhéiques, il n'est pas augmenté de volume. L'on suit facilement, par l'interrogatoire de la malade, la marche de son ovarite, et l'on voit les accidents dysménorrhéiques avoir une évolution parallèle.

J'ai observé également la dysménorrhée avec expulsion de membranes très nettes chez une jeune femme de ma clientèle, et chez laquelle un examen minutieux a montré que ces accidents étaient sous la dépendance d'une ovarite du côté droit.

Dans cette forme de dysménorrhée congestive, d'origine ovarienne, les symptômes cliniques sont, vous le voyez, identiquement les mêmes que dans la forme d'origine utérine; l'expulsion de membranes, elle-même, se retrouve dans les deux cas.

Toutes ces femmes éprouvent, pendant les quelques jours qui précèdent les règles, une sorte de malaise général,

d'anxiété, d'inquiétude vague, d'agitation; elles semblent pressentir la crise qu'elles vont traverser. Puis, apparaît une douleur, siégeant généralement dans la profondeur de l'abdomen, au niveau de l'hypogastre, accompagnée d'une sensation de plénitude, d'une tension pénible, irradiée aux cuisses et aux lombes. L'existence même de ces prodromes peut être, à bon droit, invoquée, relativement à la pathogénie de la dysménorrhée, et permet d'éliminer toute hypothèse qui autoriserait à la rattacher aux affections nerveuses essentielles : hystérie, épilepsie, etc., dont la soudaineté de début est le caractère le plus significatif.

Enfin, la crise elle-même éclate plus ou moins intense, et les malades emploient, pour la décrire, des comparaisons assez diverses; celles qui ont été mères insistent sur la grande analogie de leurs douleurs avec celles de la parturition et surtout de l'expulsion placentaire. Il n'y a pas de convulsions, mais une grande agitation nerveuse; les nausées sont fréquentes et quelquefois suivies de vomissements; l'apyrexie est la règle, à moins de complications inflammatoires de quelque importance; pendant leurs crises douloureuses, dont l'acuité est extrême, les malades se livrent à des contorsions incessantes dans l'espoir, toujours déçu, de calmer leur souffrance en prenant une position nouvelle.

Il est rare qu'il n'y ait pas quelques intermittences ou plutôt une rémission très marquée dans les douleurs. Au bout d'une heure ou deux, se produit un peu d'apaisement, bientôt suivi d'une nouvelle crise. Ordinairement, d'ailleurs, l'écoulement de quelques gouttes de sang, qui tout d'abord paraissent sortir avec peine, comme expulsées par les contractions utérines, amène une détente marquée et plus ou moins durable; lorsque les règles sont enfin établies, le plus souvent la malade éprouve un soulagement complet. Il n'est cependant pas très rare que les mêmes phénomènes douloureux, qui avaient cessé avec l'apparition de l'hémorrhagie menstruelle, se montrent de nouveau quelques jours après; ils sont déterminés, dans ces cas, par l'expulsion des membranes engagées

dans le col utérin, et cessent de nouveau dès que ce bouchon membraneux est parvenu dans le vagin.

L'écoulement de sang menstruel, chez les femmes dysménorrhéiques, est ordinairement mélangé de caillots, tantôt volumineux, mous, noirâtres, tantôt petits, durs, paraissant organisés et présentant d'une façon plus ou moins marquée la forme de la cavité utérine : nous retrouverons, d'ailleurs, cette disposition lorsque nous étudierons les membranes dont l'expulsion accompagne parfois celle des caillots. Ceux qui sont volumineux et mous proviennent du vagin, dans lequel le sang des règles a séjourné un certain temps, par suite de la position horizontale gardée par la malade ; ils n'ont aucune autre signification plus spéciale. Les petits caillots noirâtres et grenus proviennent, au contraire, de l'utérus, et jouent par eux-mêmes un rôle important dans la production des phénomènes cliniques de la dysménorrhée, par suite des contractions utérines qu'ils provoquent.

On observe souvent, pendant les crises, de la dysurie, des envies fréquentes d'uriner et quelques sensations de même ordre du côté du rectum ; assez souvent, immédiatement après la cessation des douleurs vives, on voit se produire un peu de diarrhée, qui contraste avec la constipation habituelle des malades. Elle n'a du reste aucune importance sémiologique.

Tous ces symptômes trouvent une facile interprétation dans les cas de dysménorrhée mécanique par rétrécissement ou occlusion partielle du canal cervical. Vous savez que, chez les femmes qui présentent une atrésie du col utérin, on observe la rétention complète du flux menstruel, accompagnée de phénomènes très douloureux et d'accidents souvent fort graves ; chez celles qui n'offrent qu'un rétrécissement plus ou moins considérable de ces orifices, le syndrome morbide, tout en étant le même, affecte cependant une moindre intensité ; les douleurs sont moins vives et de moindre durée, une partie du sang retenu dans la cavité utérine s'écoulant, non sans difficulté, à travers le faible pertuis demeuré perméable.

Ces rétrécissements, dont le siège de prédilection est au

niveau de l'un des orifices du canal cervico-utérin, offrent un degré de coarctation très variable ; ils peuvent, d'ailleurs, être congénitaux ou acquis. J'ai cité autrefois, dans une leçon faite à la Pitié, l'exemple d'une femme qui souffrait, depuis douze ou quatorze ans, de crises dysménorrhéiques dont on pouvait trouver la cause dans la forme de son col utérin conoïde et dans l'étroitesse congénitale de l'orifice du museau de tanche, qui admettait à peine un fin stylet. Les cas de ce genre sont loin d'être rares ; j'en ai vu d'assez nombreux depuis cette époque. On observe assez souvent aussi des rétrécissements semblables au niveau de l'orifice interne du col, en ce point que l'on désigne sous le nom d'isthme de l'utérus.

Les rétrécissements pathologiques acquis dépendent de causes variables : tout d'abord, ils peuvent être le résultat de cicatrices vicieuses consécutives à des manœuvres obstétricales, à des cautérisations multipliées, à une opération chirurgicale. C'est ainsi que j'ai donné mes soins à une femme qui, normalement conformée, avait été atteinte, à la suite d'un accouchement, de métrite chronique avec ulcération du col, et chez laquelle des cautérisations intra-cervicales, au fer rouge, avaient amené un rétrécissement considérable du canal, accompagné d'accidents dysménorrhéiques extrêmement pénibles.

J'ai relaté (1), d'autre part, l'observation d'une malade à laquelle Huguier avait pratiqué l'évidement conoïde du col, pour une hypertrophie de la portion sus-vaginale, et qui présenta, après quelques accès dysménorrhéiques prémonitoires, une crise atroce de douleurs, au moment d'une époque de règles, avec arrêt complet du flux sanguin. Le cathétérisme, rendu très difficile par une occlusion presque complète de l'orifice utérin, permit l'écoulement des menstrues et procura un soulagement immédiat.

Dans d'autres cas, l'arrêt ou la difficulté de l'écoulement du sang peut résulter de la présence, dans la cavité utérine, d'une

(1) T. Gallard. Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 2e édit., p. 816.

production morbide, ordinairement de nature polypeuse, faisant office de bouchon au niveau de l'orifice interne du col. Vous pouvez constater cette disposition sur deux pièces anatomiques que j'ai conservées et que je place sous vos yeux ; l'une d'elles vous montre l'obturation du canal cervical, à son origine, par une petite végétation blanchâtre de la muqueuse utérine assez profondément altérée en plusieurs points ; l'autre est un exemple d'occlusion de l'orifice interne par un polype fibrineux.

Le canal cervical peut être encore rétréci par un mécanisme tout différent : je veux parler de son aplatissement par une tumeur située dans ses parois ou par la flexion du col à angle plus ou moins aigu, comme cela a lieu dans certaines déviations de l'utérus.

Les tumeurs utérines, que vous observerez le plus souvent chez la femme présentant cette variété de dysménorrhée mécanique, sont à coup sûr les corps fibreux ; chez elles, les accidents dysménorrhéiques viennent s'ajouter aux métrorrhagies dont elles sont si fréquemment atteintes. C'est ce qui a lieu pour deux malades que nous avons actuellement dans notre service et qui sont couchées l'une au n° 38, l'autre au n° 2 de la salle Sainte-Marie. Cette dernière décrit avec beaucoup de précision les violentes douleurs qui accompagnent constamment ses règles.

Lorsque l'utérus est simplement incurvé en avant ou en arrière le diamètre du canal cervical est peu modifié, mais s'il existe une véritable flexion, à angle aigu, on voit, au point même ou s'infléchit l'axe de l'organe, la lumière de son canal être presque entièrement supprimée par une sorte d'aplatissement. Cette disposition paraît d'ailleurs plus fréquente et plus marquée dans l'antéflexion que dans la rétroflexion, qui s'accompagne en effet moins souvent de troubles dysménorrhéiques. Siredey a noté, sur cinq cas de dysménorrhée simple, quatre fois l'antéflexion et une fois seulement la rétroflexion ; il ne pense pas, d'ailleurs, que la déviation soit suffisante par elle-même pour expliquer les accidents morbides, car il a constaté que, dans dix-sept cas de ce genre avec dys-

ménorrhée, il existait toujours un certain degré d'inflammation utérine ou péri-utérine. Ces faits démontrent seulement, à mon avis, que les accidents dysménorrhéiques se produisent d'autant plus facilement qu'il existe vers les organes génitaux une double lésion capable d'engendrer le syndrome morbide : la flexion de l'utérus et la phlegmasie chronique.

Il n'y a pas, du reste, au point de vue clinique, une différence bien tranchée entre la dysménorrhée mécanique et la dysménorrhée congestive ou inflammatoire, et la transition de l'une à l'autre, en tant que manifestation symptomatologique ou clinique, s'opère d'une façon en quelque sorte insensible. En effet, dans la dysménorrhée congestive, nous trouvons au niveau de la muqueuse utérine, des modifications qui rendent bien compte de la similitude des symptômes; sans qu'il y ait lieu d'invoquer « *une plasticité trop grande du sang qui ne pourrait s'écouler facilement à travers les capillaires de la muqueuse utérine* ». L'épaississement, l'induration, dont cette muqueuse est alors le siège, constituent une cause plus évidente et plus certaine des difficultés qu'éprouvent à se rompre les capillaires turgescents, et des douleurs dont s'accompagne cette rupture. C'est encore dans les lésions inflammatoires de la muqueuse utérine que nous trouvons l'explication rationnelle de l'obstacle plus ou moins considérable qui vient, au même moment, entraver l'issue du sang menstruel à travers les orifices du col, et augmenter, dans de notables proportions, les accidents de dysménorrhée : je veux parler du rétrécissement du canal cervico-utérin.

Ce rétrécissement, de nature congestive ou inflammatoire, tient à deux causes d'ordre analogue : l'épaississement du parenchyme de l'utérus, des parois du col en particulier, déterminé par la congestion manifeste de l'organe ; et la tuméfaction, le boursouflement de la muqueuse, qui fait disparaître plus ou moins complètement la lumière du conduit cervical.

A cet obstacle apporté à l'écoulement du flux menstruel, vient s'en joindre un autre inhérent à l'état physique de ce flux lui-même, et c'est ici qu'entre en jeu l'excès de plasticité

du sang. En effet, il a pour résultat de déterminer la prompte coagulation du liquide qui remplit la cavité utérine et demeure stagnant un certain temps en ce point, par suite du faible débit que lui offre le canal cervical, en partie obturé, à ce moment, par le boursouflement de sa muqueuse. Les caillots qui se forment ainsi dans l'utérus trouvent à coup sûr encore plus difficilement issue que le sang liquide, et les douleurs provoquées par leur expulsion sont d'autant plus vives qu'ils sont plus volumineux et en plus grand nombre ; ils font, en quelque sorte office de bouchon dans le col, amenant la rétention du flux menstruel exhalé au-dessus de ce point, et provoquant de violentes contractions de tout le muscle utérin qui se révèlent par les coliques douloureuses, par les tranchées dont sont tourmentées les malades dysménorrhéiques.

Nous trouvons dans le boursouflement congestif de la muqueuse cervicale et dans l'obturation momentanée, plus ou moins complète, du col par les caillots ou les membranes venant de la cavité utérine, une explication rationnelle et bien suffisante, il me semble, de la rétention du sang menstruel, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'hypothèse de la contraction spasmodique du sphincter musculaire, admis par Bennet au niveau de l'orifice interne du col : l'existence de ce sphincter étant au moins douteuse.

Je vous rappellerai que la même symptomatologie, résultant de causes prochaines identiques, se rencontre dans la dysménorrhée qui accompagne les inflammations utérines et celles de l'ovaire. En effet, soit par suite de la propagation de l'inflammation, soit sous l'influence d'un simple retentissement sympathique, on rencontre dans les deux cas le même boursouflement de la muqueuse utérine, la même plasticité du sang, la même formation de caillots ; vous retrouverez également, vous ai-je dit, dans les deux formes *utérine* et *ovarienne* de la dysménorrhée congestive, cette expulsion de membranes qui pour la plupart des auteurs caractériserait une variété spéciale, décrite sous le nom de *dysménorrhée membraneuse*.

Je sais bien que les auteurs ne sont * us unanimes pour ad-

mettre la dysménorrhée d'origine ovarienne, et que Siredey, en particulier, émet bien des doutes sur son existence et sur sa pathogénie (1). Je suis, pour ma part, convaincu de la réalité de cette forme de dysménorrhée dont j'ai pu recueillir plusieurs observations probantes, et je suis d'avis qu'entre les affections ovariques et le syndrome dysménorrhée, la relation de cause à effet est assez facile à établir.

On pourrait peut-être invoquer tout d'abord comme résultat d'une lésion de tissus de l'ovaire, l'exagération morbide de cette sorte de lutte qui s'établit au moment de la crise cataméniale entre le bulbe ovarique et la vésicule de de Graef parvenue à maturité. En effet, « que la déhiscence de la vésicule soit spontanée ou provoquée, son mécanisme, dit Sappey, ne diffère pas sensiblement ; elle reconnaît toujours pour cause première la turgescence du bulbe, dans lequel le sang afflue avec d'autant plus d'abondance que la vésicule est plus volumineuse. Au début de son évolution il se laisse déprimer. A mesure qu'elle s'accroît l'afflux sanguin devenant plus considérable, et les faisceaux musculaires, d'une autre part, se contractant, il réagit avec plus d'énergie, refoule au dehors la vésicule qui, de son côté, tend à le refouler en sens contraire pour satisfaire à son mouvement d'expansion. De cette sorte de lutte établie entre deux organes qui se repoussent mutuellement, résultent la déchirure de celle-ci et l'expulsion de l'ovule, qui emporte avec lui son disque granuleux (2). »

Il est d'ailleurs facile de comprendre qu'un retard apporté à la rupture du follicule par une résistance plus grande de ses parois pourra dans quelques cas, en exgérant cette lutte, prolonger la congestion pelvienne cataméniale et déterminer au niveau de l'ovaire des douleurs vives irradiées à tout le petit bassin. Mais il me semble plus simple, et plus conforme à la réalité des faits, d'invoquer le retentissement sur l'utérus des affections inflammatoires de l'ovaire. En effet, ainsi que

(1) Siredey. *Loc. cit.*, p. 32.

(2) Sappey. *Loc. cit.*, t. IV, p 699.

je vous l'ai fait remarquer à propos des observations dont je vous ai donné le résumé, dans presque toutes les affections ovariques on constate ce retentissement plus ou moins manifeste, et, quelle que soit la façon dont il se produise, la congestion de la muqueuse utérine qui en est la conséquence suffit à expliquer les troubles dysménorrhéiques. Ainsi, la dysménorrhée congestive, d'origine ovarienne, reconnaît probablement pour cause prochaine, non la lésion elle-même de l'ovaire, mais la lésion secondaire de la muqueuse utérine développée sous l'influence de l'affection ovarique.

Un des points les plus intéressants de l'étude de la dysménorrhée, et celui peut-être qui a le plus frappé les observateurs, c'est l'expulsion au moment de la crise cataméniale de lambeaux membraneux plus ou moins considérables, et dont je vous ai parlé à différentes reprises. Je vous ai dit, à ce sujet, que je ne puis me ranger à l'opinion des auteurs qui considèrent cette variété de dysménorrhée comme une forme spéciale, distincte, méritant le nom si universellement accepté de *dysménorrhée membraneuse*. Les membranes, quelle que soit leur origine, quelles que soient leur apparence et leur structure, ne caractérisent pas un processus dysménorrhéique spécial, mais se montrent, ainsi que je vous l'ai fait voir, dans toutes les variétés du syndrome dysménorrhée, que celui-ci soit symptomatique d'une affection utérine ou ovarienne et même, bien que le cas soit plus rare, d'un rétrécissement des orifices du col.

Ces membranes sont assez communes, et si vous les recherchez, messieurs, avec soin dans le flux menstruel des femmes atteintes de dysménorrhée, vous les rencontrerez fréquemment sous forme de lambeaux de dimensions très variables. Je suis surpris de voir deux observateurs aussi compétents que Siredey et Bernutz ne pouvoir citer, le premier, que 4 cas et, le second 6 cas d'expulsion de membranes. Aussi Bernutz rapprochant du chiffre si restreint de ses observations personnelles, celui de 104 cas publié par un médecin américain, se montre-t-il tout disposé à penser que la dysménor-

rhée membraneuse est plus fréquente chez les femmes américaines ou anglaises que chez les françaises. C'est là, j'en suis convaincu, une erreur d'interprétation, car, pour ma part, je ne compte plus les cas d'expulsion de membranes que j'ai observés tant chez des françaises que chez des femmes appartenant à d'autres nationalités. J'ai pu, d'ailleurs, constater que la scrofule et le lymphatisme, fréquemment invoqués comme causes prédisposantes de la dysménorrhée membraneuse, n'ont pas l'influence pathogénique qu'on leur attribue, les malades dont j'ai recueilli les observations ayant présenté les tempéraments les plus divers.

Si l'expulsion de membranes, au moment de la crise menstruelle, chez un certain nombre de femmes dysménorrhéiques est un fait indéniable accepté par tous, l'accord est loin d'être aussi parfait relativement à leur nature et à leur origine. Les discussions théoriques les plus vives et les plus acharnées se sont produites sur ce point particulier et ne sont pas encore aujourd'hui terminées.

Le désaccord, je pourrais presque dire la confusion, qui règne sur ce point spécial, provient de ce que certains observateurs s'étant trouvés en présence d'un cas particulièrement net, bien déterminé, d'une facile interprétation, ont voulu généraliser et étendre à tous les autres cas la théorie pathogénique dont l'évidence les avait frappés.

C'est ainsi que les uns ont refusé d'admettre l'existence même des membranes, qui ne sont, d'après eux, que des caillots fibrineux décolorés par le lavage ; d'autres, acceptant la nature membraneuse du produit expulsé, se sont efforcés d'établir qu'il s'agit constamment d'une caduque utérine accompagnée de quelques débris d'un œuf fécondé, en un mot, qu'on a affaire à une série de petits avortements de dix ou quinze jours ; d'autres enfin, ayant rencontré des lambeaux de membrane présentant des caractères très nets d'organisation, n'y ont vu rien autre chose que l'exfoliation de la muqueuse utérine. Quelques-uns cependant ont regardé cette membrane comme étant de nature diphthéritique; mais, si la diphthérie de l'utérus

existe parfois d'une façon incontestable, elle est du moins fort rare et ne se montre qu'au cours d'une diphthérie généralisée, dont les symptômes sont trop graves pour que la complication utérine ne passe pas forcément inaperçue.

Toutes ces théories sont vraies et chacune d'elles tient quelques-uns des faits observés sous sa dépendance, mais, ainsi que l'a dit Siredey (1) : « bien que chaque théorie s'appuie sur un certain nombre de cas, aucune ne suffit à les expliquer tous ». Aussi a-t-on le droit d'être surpris de voir le même auteur, pour définir la dysménorrhée membraneuse, préjuger la question en ces termes : « Elle est caractérisée par l'expulsion d'une partie ou de la totalité de la muqueuse du corps de l'utérus (2) ».

Il est, du reste, des caractères physiques dont la constatation permet de reconnaître qu'elle est la véritable nature de la membrane expulsée dans les différents cas, et vous pourrez toujours, par un examen minutieux, établir la variété de dysménorrhée membraneuse à laquelle vous aurez affaire. En effet, les caillots sanguins, fibrineux, qui pourraient, au premier abord, être confondus avec une membrane véritable, surtout lorsqu'ils se sont moulés sur la cavité utérine et offrent une forme triangulaire et une apparence lamelleuse plus ou moins manifeste, pourront néanmoins être assez facilement reconnus grâce à leur structure. Ils sont composés de fibrine amorphe, renfermant un certain nombre de globules blancs et quelques globules rouges; parfois ils sont feuilletés et se présentent, au microscope, avec l'aspect d'un reticulum fibrineux emprisonnant dans ses mailles de nombreux globules blancs et quelques rares hématies. Telle était la structure d'une prétendue membrane, expulsée par une malade soumise à mon observation, ainsi qu'il résulte de la note suivante de Richardière, qui a pratiqué l'examen histologique.

M[me] M... (*Examen par la dissociation et coloration par le*

---

(1) Siredey. *Loc. cit.*, p. 32.

(2) Id., *loc. cit.*, p. 25.

picro-carminate d'ammoniaque). La fausse membrane est formée, en majeure partie, de fibrine amorphe mélangée à une certaine quantité de globules blancs. Par places, la fibrine est rétractée et forme plusieurs couches successives. En d'autres points, elle forme un reticulum dans les mailles duquel sont emprisonnés de nombreux globules blancs, les uns intacts, les autres plus ou moins altérés. Très peu de globules sanguins, ou, du moins, ils sont difficiles à voir.

« En résumé, fausse membrane fibrineuse formée très vraisemblablement par un caillot sanguin de date ancienne.

« Par endroits, il existe des amas d'assez nombreuses cellules d'épithélium déformées. »

C'est encore une structure analogue qui a été reconnue dans un autre cas examiné, à la même époque, par le même micrographe.

« Mme de K... : fausse membrane constituée par un caillot beaucoup plus récent. Ici, le sang domine exclusivement avec ses éléments en proportion ordinaire. Très peu de fibrine coagulée et, au contraire, une quantité extrêment abondante de globules sanguins. Peu de globules blancs et absence complète de cellules épithéliales. »

Il me semble qu'il n'est pas impossible de voir, dans la présence des cellules épithéliales déformées et surtout des globules blancs en grand nombre, une ébauche d'organisation, une tendance vers la transformation néo-membraneuse du caillot, qui pourrait, dès lors, contracter des adhérences à la muqueuse et constituer un de ces polypes fibrineux dont la pathogénie n'a pu être jusqu'ici fixée d'une façon certaine. Je ne veux pas m'étendre aujourd'hui plus longuement sur cette question spéciale que j'ai déjà effleurée dans le premier volume de mes leçons de clinique (1), car je compte y revenir un jour plus complètement, et traiter à fond ce sujet particulièrement intéressant. (*A suivre.*)

(1) T. Gallard. *Loc. cit.*, p. 856 et suiv.

LES LOCHIES ET LES ORGANISMES INFÉRIEURS.

A propos du mémoire de M. EUSTACHE, *professeur à la Faculté libre de Lille.* (Arch. de Tocologie, 1883.)

(Suite et fin) (1).

Par le Dr **J.-A. Doléris**, chef de clinique d'accouchement.

Je n'irai pas plus loin dans cette voie, car, en définitive, je viens de toucher du doigt le différend qui nous sépare, et je ne puis m'astreindre à tout examiner, même les micrococcus qui apparaissent au bout de deux ou trois heures seulement dans ses préparations du sang des lochies du premier jour; même certaines observations : les nos 94, 96, 106, entre autres.

Voici maintenant la thérapeutique et les précautions générales que l'auteur recommande, et je n'ai aucune raison de douter qu'il les mette en pratique dans la Maternité qu'il dirige :

« Les parties génitales ayant été soigneusement lavées aussitôt après l'accouchement, soit simplement avec de l'eau tiède, soit avec de l'eau *légèrement* phéniquée, la femme sera placée dans son lit avec un linge propre entre les jambes et sous le siège... on changera le linge... on essuiera chaque fois les cuisses, les fesses et la vulve... on enlèvera les caillots, on lavera les parties avec de l'eau tiède simple... ou aromatisée avec de l'eau de Cologne... » Cette dernière attention est fort délicate, et les femmes du monde ne s'en plaindront pas, surtout si elles ont à opter avec l'acide phénique, qui décidément n'a pas de succès... Suit une critique du tampon phéniqué dans l'orifice vulvaire : je m'y associe pleinement, bien que je ne croie guère que ce soit un sujet de douleur ou de gêne pour les femmes... Mais la compresse appliquée au-devant de la vulve suffit. Et M. Eustache conclut sur un ton presque dithyrambique « *qu'il vaut mieux renoncer au tampon et revenir*

(1) Voyez *Annales de Gynécologie*, février 1884.

aux linges et aux serviettes de nos aïeux!... » Ajoutez : *et à leurs épidémies.* Les anatomo-pathologistes seront contents.

Voilà pour l'état physiologique des lochies en général, sauf que si elles ont une *odeur franchement mauvaise* (nous sommes toujours dans les suites de couches normales!), on fera une injection vaginale... pour laquelle il est préférable d'employer un liquide antiseptique... que de l'eau pure. Ce liquide est l'acide phénique en solution au centième, ou d'autres composés tout aussi insuffisants à cause du titre beaucoup trop faible de la solution.

Pour ce qui concerne l'état pathologique, je me retrouve plus à mon aise avec M. Eustache, car je n'ai, en principe, aucune objection à faire à ses conclusions, qui sont les miennes, et je constate avec plaisir qu'il pousse son injection jusque dans l'utérus quand il découvre que la putridité vient de loin et que les irrigations vaginales sont insuffisantes. Je pourrais bien contester la façon dont il apprécie la putréfaction par suite de la rétention des débris placentaires, mais ceci m'entraînerait trop loin. Cet accord dans les conclusions ne se retrouve malheureusement pas dans les prémisses. Il importe donc de voir de quel côté est l'inconséquence.

D'où viennent les germes que M. Eustache voit dans les lochies de toutes les femmes saines ou malades? — Ici, l'auteur a résolu un problème que j'avais toujours cru insoluble : Concilier Pasteur et Béchamp. Concilier, non, je me trompe, faire à chacun sa part. A M. Béchamp la part du lion, bien entendu; car, que M. Eustache le veuille ou non, en matière de pathologie, M. Béchamp ne compte guère avec les germes de l'air. J'en sais personnellement quelque chose, ayant eu l'occasion de discuter la question avec M. Béchamp lui-même. M. Pasteur ne compte pas davantage avec ceux que l'organisme fabriquerait de toutes pièces. C'est tout l'un ou tout l'autre ; ou, du moins, si l'un est vrai, l'autre est inutile.

Quant aux arguments en faveur de la théorie du microzyma, ce n'est pas le lieu d'ouvrir un débat à ce propos. Tout au plus pourrais-je encore répondre un mot, en passant, à cette

objection dénuée de fondement, qui nie l'expérience relative au sang recueilli stérile et se conservant stérile dans les ballons de M. Pasteur. Certes, les cellules deviennent granuleuses, mais le liquide n'en est pas moins toujours stérile ; rien en lui ne vit ; vos microzymas ne vivent point et ne se multiplient point dans les cultures.... ce ne sont pas des germes. s'ils le sont, prouvez-le ! C'est toujours, ainsi qu'on peut le voir, l'histoire des micrococcus, des lochies et des granulations de M. Robin. Comment, à ce compte, ferait-on la différence entre un organisme mort, tué par un antiseptique, et un organisme vivant ?

Ici l'auteur conclut : 1° Les micro-organismes peuvent provenir de l'air ;

2° Ils proviennent, en majorité, ***ou exclusivement, suivant les cas*** : de l'organisme de la femme accouchée.

Dans quels cas ? — Que l'on nous démontre donc que l'organisme que vous prétendez capable de fabriquer des germes n'en recélait point préalablement de ceux qu'il avait puisés à l'extérieur ?

Encore une fois, je demande à voir les microbes vivants, végétaux (c'est acquis aujourd'hui), qui proviennent d'une cellule épithéliale ou d'un protoplasme quelconque émané d'un individu sain.

Le jour où ceci sera démontré, les lois de la descendance compteront un appoint nouveau, et la transformation directe de la matière organique inerte en matière organique vivante et indépendante, le passage expérimental direct de l'animal au végétal, et réciproquement, donneront beau jeu aux spontéparistes. Nous verrons ce qu'en diront M. Béchamp et M. Eustache. La mutation d'une gouttelette d'huile en un beau champignon, peut-être en un végétal plus noble, est, certes, un beau rêve, et, pour ma part, j'en attends la réalisation avec confiance ; mais, avant la démonstration, je m'en tiens aux réalités acquises.

Quoi qu'il en soit, autrefois M. Eustache était ***hétéro-infectionniste***. Il a trouvé d'éloquents plaidoyers en faveur de cette

doctrine; il l'avoue d'ailleurs. Ecoutons-le, maintenant, *il est bien près de passer dans le camp opposé (celui des auto-infectionnistes), avec armes et bagages. Les recherches sur les lochies ne contribuent pas peu à légitimer cette évolution.*

Que M. Eustache évolue, c'est bien. Il est dans son droit, et ce n'est ni au nom de la science, ni au nom de la raison, que je me permettrai de le critiquer. Mais que le résultat de son étude sur les lochies soit pour quelque chose dans son évolution, cela dépasse mon imagination, et je comprendrais mieux la chose à rebours.

Voyons, il trouve des microbes dans les lochies de toutes les femmes accouchées et, d'hétéro-infectionniste, il devient auto-infectionniste! Tout à l'heure, il admettait l'action des germes de l'air, et, avec Tyndall, il proclamait comme réelles les fermentations extérieures. Il les a trouvés dans les lochies, ces germes de l'air, ceux de la putréfaction apparemment, car il ne saurait nier que la putridité commence le plus souvent dans les parties génitales externes, pour gagner secondairement l'utérus, puisqu'il recommande d'abord les injections vaginales pour aller jusqu'aux lavages utérins lorsque le mal a progressé. Nous faisons tous de même, et personne n'a contredit encore cette pratique. L'opinion qu'il émet (p. 715 et suiv.)lui est absolument personnelle, quand il dit que les microbes les moins élevés en organisation devraient se trouver dans le vagin et les organismes adultes dans l'utérus si, en réalité, ils proviennent de l'air ; leur développement devant être en raison de la durée de leur séjour. Qu'en sait-il? Qui le sait et qui peut nous fixer définitivement sur leurs conditions d'existence et de développement? Et, d'ailleurs, est-ce la règle que les formes les mieux organisées soient dans le vagin et les plus élémentaires dans l'utérus, comme il le donne à entendre? Loin de là, les organismes les plus élevés morphologiguement ne se trouvent-ils point dans la métrite putride? tandis qu'en raison des lavages, les parties génitales externes sont souvent indemnes de microbes. C'est donc là une affirmation gratuite de sa part, contre laquelle je m'inscris et j'ai,

depuis longtemps, signalé cette particularité en montrant la nécessité d'aller chercher le corpus delicti plus haut, dans le fond même de l'utérus.

Je ne vois donc pas ce qui motive son évolution, et je ne la comprendrais que si, ayant détruit la doctrine des germes de l'air, il avait démontré celle de la spontanéité morbide. Qu'il le veuille ou non, tout cela est à faire.

Et maintenant, lorsqu'il ajoute la phrase suivante : « quand, à l'aide des précautions antiseptiques les plus minutieuses, on s'est mis à l'abri des germes de l'air et que néanmoins on voit des organismes apparaître dans les lochies.... n'est-on point en droit de conclure que la vie (les microbes vivants) observée provient de l'organisme même de la femme en couches ?

Ceci est fort original, à coup sûr, mais M. Eustache devrait nous apprendre ce qu'il entend par antisepsie rigoureuse. J'ai lu tout son mémoire, et je ne l'ai point trouvée cette antisepsie rigoureuse. Certes, je ne crois pas qu'il trompe personne à cet égard, car un lavage, après l'accouchement, avec l'eau tiède, et la *serviette de ses aïeux* après, ne me paraissent point cadrer avec les lois de l'antisepsie comme je l'entends. Parlerai-je du tampon phéniqué ? Aucune de ses femmes, il l'avoue, n'a consenti à en accepter l'usage. J'ai écrit, pour mon compte, avec la confiance que me donnaient, non point le raisonnement, mais les faits, qu'il fallait préserver les parties génitales de l'accouchée avec la même rigueur qu'un ballon à culture. Il reconnaît que ma comparaison est un peu trop humouristique, mais elle était l'expression de la façon dont j'entends la sollicitude, je dirai presque l'anxiété avec laquelle l'accoucheur doit veiller à cette préservation que M. Eustache ne connaît pas.

Au demeurant, évoluez, Monsieur Eustache, mais évoluez spontanément ; car, je vous l'assure, les lochies n'y sont pour rien.

J'abrège, car j'ai hâte d'arriver à la fin. Si l'auteur admet l'introduction des germes de l'air, comment fait-il la différence de ceux-ci avec ceux qui proviennent de l'intérieur ?

Si toutes les femmes, ou à peu près, font elles-mêmes les microbes spontanément, M. Eustache a-t-il la prétention d'en enrayer la fabrication avec des lavages vulvaires, vaginaux, voire intra-utérins? Cette antisepsie qu'il marchande tant, pourquoi ne pas la rejeter tout à fait? A quoi bon ses tampons? Et si, conséquent avec lui-même, adepte convaincu de la spontanéité, il nie la contagion et l'action des germes, que ne nous prouve-t-il qu'ils sont inoffensifs? Si, au contraire, il leur reconnaît un pouvoir nocif, quelle que soit leur origine, que ne s'en défend-il mieux? Au surplus, la contagion est, pour lui, un phénomène contingent.... elle sévit à tort et à travers, sans loi, sans ordre, sans possibilité de la saisir ni de la maîtriser. En réalité, il paraît n'admettre qu'avec difficulté ce que l'on entend aujourd'hui par *contagion*. Il cite complaisamment, à l'appui, quelques lignes (p. 710), qu'il faudrait rayer pour la sécurité publique et l'honneur de la conscience médicale. Les voici ; c'est M. Stoltz qui parle : « Jamais, pendant plus de quarante-cinq ans de pratique hospitalière, m'étant trouvé en face de nombreuses épidémies, ayant eu l'occasion de faire plus de cent autopsies de femmes qui avaient succombé à des accidents puerpéraux, autopsies qui se pratiquaient le matin après la visite, et d'où je me rendais immédiatement en ville pour visiter mes accouchées, même sans changer d'habits, jamais je n'ai vu une d'entre elles devenir malade par le fait *d'une contagion probable !!* » Je ne sais si M. Stoltz est encore du même avis, mais jamais il ne me serait venu à l'idée de déterrer ce petit chef-d'œuvre, si M. Eustache n'avait songé à en tirer un parti pour les besoins de sa cause. Je le livre d'ailleurs à l'appréciation des hommes compétents.

Pour compléter sa dissertation, l'auteur jette à la tête des hommes qui ne sont pas de son avis des qualificatifs assez malsonnants. Quant il parle de la *précipitation* et de l'*aimable ignorance* de M. Pasteur, de M. Klebs, etc... j'avoue que je suis confondu.

Il déclare lui, ce savant ! M. Eustache... dix lignes plus loin,

que : *l'expérience personnelle des cultures, des inoculations, lui manque, le temps et les circonstances ne lui ayant pas permis de s'y livrer lui-même !* » Maintenant je comprends ! *Et nunc erudimini.*

M. Eustache clôt dignement par une assertion absolument erronée. « MM. Pasteur et Doléris n'ont fait ces expériences qu'avec des lochies prises chez des femmes malades. » Or, M. Pasteur n'a rapporté qu'une seule expérience d'inoculation de lochies, et, dans ma thèse, il ne s'en trouve pas une. Si je n'avais fait que cela, la question de la fièvre puerpérale n'aurait pas avancé d'un pas. Quinquaud, d'Espine, Haussmann, etc. avaient expérimenté de la sorte, bien avant nous.

Je renonce à analyser la fin de ce travail, dans lequel un lecteur, curieux de savoir l'esprit dans lequel il est conçu, ne manquera pas de trouver à chaque pas la préoccupation de ne rien accepter franchement, simplement, de tout contester pour ne rien prouver de certain, de mettre sur le même plan des faits qui se heurtent et se contredisent, en un mot d'éviter toute conclusion nette et de louvoyer à travers les opinions de toutes les écoles, sans que le moindre bénéfice en résulte pour la science, la pratique, l'humanité.

Je conclurai donc à mon tour. Je répéterai d'abord que, si je m'étais arrêté à la simple inspection des lochies, si minutieuse, si complète qu'elle eût pu être, même avec les cultures et les inoculations, je n'aurais rien fait de précis et de rigoureux, et toute la question du puerpérisme infectieux serait à remettre sur le tapis.

Si j'avais borné mon étude à l'examen microscopique des organismes contenus dans le sang et les lymphatiques des malades, j'aurais fait, à l'exemple de mon maître, M. Pasteur, une constatation digne d'intérêt et apporté un appoint réel à la doctrine de l'infection par les germes.

Mais, j'ai fait plus, et ce qui n'avait pas encore été expérimenté par d'autres, même par M. Pasteur, qui daigna me confier cet objet de recherches, j'ai cultivé, inoculé et étudié par les méthodes d'observations rigoureuses, que M. Eustache ne connaît pas, les microbes des femmes atteintes de septicémie

puerpérale ; je les ai suivis de la plaie utérine, à travers les voies du sang et de la lymphe, jusque dans les abcès métastatiques et les embolies capillaires les plus éloignées. Et, c'est après deux années presque de recherches assidues, que j'ai livré mon travail à l'appréciation du public. Depuis, je n'ai cessé de chercher. Encore aujourd'hui et comme en 1880, j'avoue sincèrement qu'il y a beaucoup à faire, et que le sujet est d'une complexité effrayante.

Mais il me reste une conviction inébranlable basée sur les faits, uniquement, et je n'ai pas enregistré un seul démenti, c'est que les femmes atteintes par la septicémie puerpérale sont, à un moment quelconque, en puissance d'une germination infectieuse, et, que l'utérus, les annexes, le sang, les lymphatiques, les organes, les reins en particulier, etc., sont le siège de cet envahissement.

Quant aux lochies et à leur signification pathogénique, elle n'a rien de rigoureux, et tout leur intérêt est : 1° dans la comparaison que l'on peut faire des germes qu'elles contiennent et de ceux qui ont pénétré l'organisme malade ; 2° dans la préoccupation salutaire que leur altération fait naître dans l'esprit du clinicien.

Je me suis efforcé, même dans ma thèse, de mettre ce fait en lumière, et M. Eustache n'a pas eu de peine à y trouver un semblant d'argument. Je me cite (p. 74):

« J'ai tenu à citer, je le répète, quelques observations dont la lecture servira à montrer dans qu'elles mesures s'affirment les différences dans la composition des lochies chez les femmes malades et chez les femmes bien portantes. Il est également facile de voir que je n'ai enregistré que des résultats précis, notant avec soin l'existence d'une quantité inappréciable d'organismes, et tenant compte des scrupules que m'inspirait parfois l'insuffisance d'un examen comme l'examen microscopique, dès qu'il s'agit d'études aussi délicates.

Pour arriver à des conclusions précises, il fallait découvrir de gros faits, tels que l'absence de microbes dans les lochies des femmes saines et leur abondance extrême dans celles des

accouchées malades. Tels ne sont pas les résultats obtenus; mais les quelques explications qui vont suivre feront, je pense, la lumière sur ce désidératum sans importance. »

Qu'il me soit permis de développer un instant ce qui précède et que j'écrivais en 1880.

De toute évidence, l'examen de lochies n'a et ne peut avoir qu'une valeur réelle et, si je me suis efforcé de mettre ce fait en lumière, c'est pour éviter des déceptions à ceux qui seraient tentés de s'y tromper.

1° D'abord il est certain que le vagin de la majorité des femmes enceintes appartenant à la classe de celles qui fréquentent les services hospitaliers, en raison de l'hygiène défectueuse ou nulle, recèle des organismes de toute nature contre lesquels la vitalité des téguments défend suffisamment les tissus plus profonds. C'est l'histoire de tous les catarrhes (Hottenier, Haussmann, Doléris, etc.).

2° L'intervention de la thérapeutique antiseptique locale est de nature à vicier les résultats des examens. Les injections phéniquées ou autres entraînent ou détruisent, en très peu de temps, les germes déposés à la surface, sans cependant atteindre ceux qui ont pu déjà pénétrer profondément. Une femme reconnue malade et traitée sagement, je veux dire par une antisepsie sévère, ne présentera point de microbes au bout de quelque temps dans ses parties génitales, tandis que déjà la septicémie aura pu étendre ses ravages dans les milieux voisins, tissu cellulaire, peritoine, lymphe, sang...

Il importe donc de ne tirer de conclusions que de l'examen qui a permis de découvrir le corpus delicti et de n'accorder qu'une importance secondaire aux examens subséquents.

Il importe surtout de bien établir clairement les conditions dans lesquelles l'observation a été faite, ainsi que j'ai eu le soin de l'indiquer dans les pages 73-74 et suiv. de ma thèse, en tenant compte surtout de l'intervention du traitement local. M. Eustache me paraît avoir omis ce détail précis.

3° En de pareilles conditions on peut affirmer, *en règle générale*, que la présence de beaucoup de microbes dans les lochies

correspond à une fétidité plus ou moins marquée et à un état pathologique imminent ou actuel de l'accouchée.

4° Règle générale, l'absence absolue de germes, ou leur apparition tardive dans les lochies, correspond à l'absence de fétidité et traduit une marche régulière et normale des suites de couches.

Je laisse, bien entendu, de côté les exceptions que j'ai discutées ailleurs. Je fais remarquer en passant que, pour la fétidité, M. Eustache a émis la même opinion que moi.

Ces conclusions je les maintiens, avec Hugh Miller et Pasteur.

M. Eustache tient à son idée, que je n'ai pas su voir les microbes, lorsque je signale leur absence; mais, il consent à croire que j'ai bien vu, lorsque je les ai indiqués, même en quantité minime. C'est affaire à lui et c'est au lecteur à apprécier.

Mais si je concède, comme je viens de le faire, que des déductions tirées de l'étude des lochies ne peuvent servir à aucune démonstration positive et rigoureuse de la fièvre puerpérale, je conteste par le fait même, à M. Eustache, le droit d'en tirer aucune induction négative. Il faut être conséquent et ne point forcer les déductions; or, tout son échafaudage, pour battre en brèche la doctrine de l'infection par les germes, est bâti sur les lochies.

Ce qui précède est le résumé des idées exprimées dans ma thèse et sur la plupart des points je suis donc fort satisfait que M. Eustache soit arrivé à des conclusions analogues. Seulement, il importait que l'on ne prît point le change et que d'une notion utile pour les femmes, avantageuse pour la société et le médecin lui-même, on ne déduisît point une conclusion dangereuse; ce qui ne manquerait pas d'arriver si les praticiens ne se tenaient constamment en défiance dès qu'un indice de péril vient à se manifester. C'est le désir de préciser les malentendus qui m'a induit à reparler de ces choses et à apporter des preuves nouvelles à l'appui de mon opinion, convaincu que j'aurai peu à faire pour raffermir la confiance de

ceux qui pensent comme moi et que mon travail sera utile à ceux qui sont encore indécis.

Si M. Eustache disait qu'on rencontre des organismes vivants dans le vagin de beaucoup de femmes accouchées, il dirait simplement la vérité. Il pourrait même ajouter que, dans toutes les maternités d'autrefois (et dans quelques-unes encore aujourd'hui, à ce qu'il paraît), c'est chez toutes les femmes que le fait a été observé. Cela nous aiderait à comprendre les idées erronées sur la *fièvre de lait* des anciens, et l'aisance avec laquelle l'auteur accepte comme un phénomène courant l'hyperthermie allant jusqu'à 39 et 40 degrés. Je cite ses propres paroles (p. 671, *Arch. de Toc.*, 1883): « Voilà ce qui s'observe d'une façon absolument générale chez la femme en couches *bien portante*, c'est-à-dire chez celle qui n'accuse ni douleur ni *fièvre !* et dont la température ne dépasse pas 37,5, 38°, 38,5. J'ai eu nombre de fois l'occasion d'observer des femmes chez lesquelles il survenait un mouvement fébrile plus ou moins intense (38,5, 39° et 40°), mais ne durant pas au delà de vingt-quatre ou quarante-huit heures. Ces accès fébriles passagers étaient dus tantôt à une constipation prolongée, tantôt à un engorgement ou à des crevasses du sein, tantôt à des points douloureux au niveau de la matrice ou du côté des fosses iliaques ; ils étaient combattus par un purgatif, par l'évacuation artificielle du lait ou par l'application des ventouses scarifiées sur le ventre. » Je doute qu'il se trouve beaucoup d'accoucheurs pour ratifier cette opinion qu'une femme est bien portante quand elle accuse une température de 38,5. Je doute aussi que beaucoup acceptent l'interprétation de l'élévation de la température telle que la formule l'auteur, en particulier la constipation, l'engorgement des seins ; mais je sais bien que lorsqu'il existe en même temps des points douloureux de l'utérus ou des crevasses du mamelon, cela sent fort l'infection, quelles qu'en soient la cause ou le siège, et je n'en préjuge ici nullement la nature ; je dirai même, pour faire plaisir à M. Eustache, qu'il s'agit de lymphangites ou de phlébites aussi légères qu'il le voudra.

Donc, dans les deux cas, il trouve des organismes dans les lochies. « Etaient-ils en plus grand nombre ici que là ? Il est difficile de le dire, car tout dépend de la façon dont on a recueilli le liquide et de la façon dont la préparation a été faite. » Cela est parfaitement admissible, mais au moins, je voudrais savoir s'il y en avait peu ou beaucoup ; l'œil armé du microscope suffit à le dire, comme il le dit lorsqu'il s'agit de leucocythes ou d'hématies. Les chiffres sont inabordables assurément, aussi je me contenterais volontiers d'une simple proportion générale. Pourquoi ne pas nous la donner? Je ne serais même pas surpris que les femmes les plus malades aient présenté moins de microbes que les autres, et c'est ce que l'auteur semble vouloir nous donner finement à entendre, sans se douter que cela n'a pour nous aucune valeur rigoureuse. Les lavages et les injections antiseptiques rejetés de sa prophylaxie générale, mais qu'il ne dédaigne pas ici, bien qu'il en parle fort légèrement, nous donneraient la clef de cette équivoque apparente que je viens d'établir.

Cependant, il fait une concession, en nous accordant qu'avec un état de malaise ou de fièvre de l'accouchée, les formes d'organismes plus complexes, les chapelets, sont..... un peu plus nombreux..., mais il s'empresse d'ajouter : il n'en est *peut-être* pas de même pour les bactéries et les bâtonnets.

Au fond, je ne suis pas surpris du résultat des recherches de M. Eustache; un résultat différent m'étonnerait beaucoup au contraire. La parcimonie de son antisepsie me garantit ses affirmations.

Pour lui prouver que je n'entends point chicaner, je me servirai d'un dilemme très simple : ou bien il s'est trompé (et les micro-biologistes seront peut-être de cet avis), lorsqu'il a vu des microbes partout, et je n'ai rien à induire d'une erreur que je n'ai pu contrôler ; — ou bien, il a vu, en réalité, de vrais microbes; il les a vus partout, chez toutes les femmes de son service. La chose ne m'étonne point et je n'aurais garde d'y contredire, mais je ne saurais l'en féliciter.

Plus heureux que M. Eustache, je rappellerai que j'ai cité

cinq cas de femmes n'ayant jamais présenté de microbes dans leurs lochies et que, dans nombre d'observations, je n'ai réussi à en découvrir que le quatrième, le cinquième ou le sixième jour; avant ce moment il n'y en avait point. Si M. Eustache tient à ses affirmations, je tiens aux miennes au moins autant que lui. Lorsque j'ai écrit que telles femmes n'avaient point de germes dans les lochies, j'ai consigné un fait d'observation qui ne me paraît pas attaquable; il ne l'est pas davantage lorsque j'affirme que ces femmes se portaient bien. Depuis la publication du mémoire de M. Eustache, j'y ai regardé de plus près, et je ne puis mieux faire que de *lui offrir la preuve de ce que j'avance*, en lui procurant l'occasion de le vérifier, et je n'exigerai pas, je le lui promets, pareille démonstration de sa part, puisqu'il est entendu qu'il ne cultive point. Il apprendra, de la sorte, ce que sont les lochies et ce qu'elles renferment chez les femmes de la clinique d'accouchements de la Faculté. A la vérité, on y fait sévèrement la chasse au microbe : les femmes reçoivent des injections antiseptiques après chaque toucher et chaque examen, avant le moment de l'accouchement; — mêmes précautions pendant le travail, s'il est un peu long et surtout s'il y a une intervention quelconque; injection intra-utérine dans ce dernier cas. — Injection à leur arrivée dans les salles des accouchées, et, à partir de ce moment, suppression des injections, à moins de nécessités particulières, mais préservation attentive des parties génitales. Il pourra donc, tout à son aise, aller à la recherche des germes de l'utérus ou de la profondeur du vagin, comme il le fait chez toutes ses accouchées de Lille. Il y a, au laboratoire de la clinique des étuves, des ballons et un outillage très complet pour ces recherches; il sera mis à sa disposition. Je m'offre même, bien qu'*ignorant* mais *aimable*, comme il le dit,..... et plus qu'il ne le croit, à lui enseigner l'art des cultures qu'il a oublié d'apprendre.

M. Eustache pourra y prendre aussi connaissance de la statistique des sept derniers mois, qui correspondent aux premiers essais d'antisepsie rigoureuse. Il y verra ce qu'on

n'avait pas encore vu, depuis l'ouverture de ce nouveau bâtiment, une *mortalité nulle* et une *morbidité* qui a été en décroissant et qui, depuis trois ou quatre mois, peut être considérée comme disparue. Il constatera, en outre, que, quand une femme a 38°,5 de température axillaire, on en prend singulièrement ombrage.

Il est vrai que je ne trouve pas d'organismes dans le vagin de toutes les femmes, certes non!

Les résultats de l'épreuve que M. le professeur Pajot a tentée, en instituant définitivement l'usage à la clinique d'accouchements des méthodes antiseptiques et la vigilance avec laquelle je ne cesserai d'en assurer l'application, nous garantissent, j'espère, la continuité dans le succès. M. Eustache peut venir se convaincre.

P. S. — Depuis que ces lignes ont été livrées à l'impression, j'ai eu l'occasion de faire constater *de visu* à M. Eustache la réalité des faits avancés dans cette courte étude critique. Sur les trente-cinq femmes, accouchées à diverses dates, qui occupaient les lits de la clinique, il a pu se convaincre qu'une seule présentait des lochies muco-purulentes assez abondantes. Elle était d'ailleurs dans des conditions spéciales et l'objet de soins plus particuliers, en raison de cette irrégularité dans l'écoulement. L'exception, — il y en aura toujours, quoi qu'on fasse, et elle est prévue, — s'est trouvée à point pour venir confirmer la règle.

Je dois répondre à une objection générale soulevée à cette occasion par M. Eustache. Il n'a, m'a-t-il dit, eu en vue que l'*histoire naturelle* des lochies, et il n'a envisagé qu'accessoirement les écoulements purifiés par l'antisepsie moderne.

D'abord, je ferai remarquer à nouveau que la méthode employée à la clinique consiste dans l'antisepsie préventive, qui comprend les préliminaires de l'accouchement et les premières heures des suites de couches. Hormis les injections vaginales pratiquées à ces moments, on ne fait usage désor-

mais que de toilettes extérieures et de précautions destinées à prévenir l'infection venant du dehors.

Donc, les lochies sont tout uniment représentées par l'écoulement très naturel de l'utérus et du vagin, nullement irrigués, passé le premier jour. Je ne suppose pas que le nettoyage de la vulve et l'application d'une compresse puissent, en rien, empêcher la femme de faire spontanément des microbes dans l'utérus, pour peu qu'elle en soit capable, pas plus que d'empêcher la plaie placentaire de suppurer si la chose était si *naturelle* qu'on le dit.

A propos de ce mot *histoire naturelle*, une observation : Qu'est-ce que la sécrétion naturelle des voies génitales de la femme ? J'imagine qu'elle diffère sensiblement d'un vagin à un autre, même en dehors de la grossesse ! Tout dépend des soins qu'on y apporte. Dans les produits secrétés par une femme à la mode, et... une vachère, M. Eustache trouverait des propriétés organoleptiques, couleur, odeur, réaction, etc., etc., très dissemblables, sans doute. Il trouverait tout aussi dissemblable l'entretien du corps, pieds, mains, visage y compris... Il y a juste la différence de la saleté à la propreté.

Or, lequel est naturel, la saleté ou la propreté ? Je laisse aux hygiénistes le soin de répondre.

Je sais bien que, pour n'avoir point des habitudes scrupuleuses de purification corporelle, les femmes de basse condition ne sont point vouées, après l'accouchement, à des accidents graves d'infection. Assurément, le vibrion septique n'est pas forcément leur hôte prédestiné, mais on ne contestera pas que les lochies ne puissent être, chez elles, altérées de diverses façons et renfermer des organismes.

J'en dirai autant des leucorrhéiques ou de celles qui traînent les suites d'une vaginite virulente, pendant toute leur grossesse. C'est pour cela que nous faisons de l'antisepsie préventive dans le vagin de ces femmes.

Celles qui accouchent à domicile, les paysannes surtout, il faut le remarquer, sont, après l'accouchement, l'objet de soins de propreté relative, qui ne manquent pas d'un contraste inté-

ressant avec leur négligence en toute autre occasion. Quel que soit le topique employé, eau alcoolisée : eau vinaigrée, ou diversement aromatisée, les lavages sont faits assidûment ; le linge est blanc et souvent renouvelé, pour la circonstance. Il faut bien que la nécessité de ces précautions se soit fait sentir de tout temps ! Et, de fait, les accidents post-puerpéraux, bien qu'atténués fort souvent et plus rares, s'observent aussi bien, chez elles que chez les femmes des maternités.

REVUE CLINIQUE.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE DE PARIS.

Service de M. le Professeur PAJOT.

Bassin vicié ; placenta prævia ; présentation transversale du fœtus ; tentatives inconsidérées faites en ville pour l'extraction ; *rupture du vagin et de l'utérus ;* version pratiquée à la Clinique d'accouchements ; *guérison.*

Par le Dr J.-A. Doleris, chef de clinique d'accouchements.

H..., 35 ans, d'une santé moyenne, exerçant la profession de culottière, était arrivée au terme de sa troisième grossesse à la fin du mois de décembre 1883.

Les deux premiers accouchements n'avaient présenté d'autre particularité que la longeur insolite de leur durée et ne nécessitèrent point d'intervention. Enfants vivants. La paroi abdominale avait été fortement distendue pendant les deux grossesses correspondantes et l'utérus présentait une antéversion manifeste.

Il en a été de même pendant la gestation actuelle, qui a été assez pénible en raison de la gène causée par le développement, le poids et la déviation antérieure de la matrice.

Le travail régulier commença le 29 décembre, vers 8 heures du soir. Dès l'apparition des premières douleurs, il s'écoula une quantité de sang assez notable et d'une manière persistante. La sage-femme qui assistait à l'accouchement soupçonna, dans la soirée, une présentation vicieuse et, sans doute, pour éclaircir son diagnostic, rompit prématurément les membranes. Ayant ultérieurement reconnu l'existence d'une présentation transversale, elle demanda l'assistance d'un médecin. Le Dr C... arriva vers 3 heures du matin et se livra à des tentatives de version qui restèrent infructueuses. Après une heure d'essais répétés et variés pour extraire l'enfant, le médecin et la sage-femme abandonnèrent la patiente et conseillèrent de l'envoyer de suite à la Clinique d'accouchements. A ce moment la malheureuse femme était inondée de sang et dans un état de prostration absolue, au point que revenant à elle et se retrouvant seule (le mari était sorti pour se procurer une voiture), elle n'avait nullement conscience de son état. Elle se rappelait seulement avoir ressenti une douleur horrible à un moment où les efforts des opérateurs paraissaient les plus violents, et, à dater de ce choc soudain, elle avait perdu ses sens.

30 *décembre*. Elle arrive à la Clinique vers 6 heures du matin. Voici comment je la trouve peu d'instants après son arrivée :

La face est pâle, grippée et exprime une grande faiblesse ; les lèvres sont décolorées, légèrement bleuâtres et amincies ; le nez pincé ; l'œil vitreux ; les pommettes saillantes et livides. La peau est froide ; le pouls petit et fréquent. La respiration est généralement haletante et saccadée; elle se ralentit au contraire, par intervalles. La femme est dans un état de profond collapsus et laisse échapper, de temps à autre, une plainte douloureuse, surtout lorsqu'on la remue ou que l'on porte la main sur la région abdominale.

Inutile d'ajouter que la patiente est couverte de sang et que ses vêtements et ses bas en sont inondés. Cette hémorrhagie, qui a débuté à partir du premier moment de l'accouchement,

a pris des proportions effrayantes pendant les tentatives d'extraction, s'est accompagnée de nausées et de vomissements, et n'a dû céder qu'à la faveur de la syncope qui a marqué le terme de l'intervention.

Le sang et les vomissements ont reparu pendant le trajet en voiture du domicile habituel, qui est fort éloigné, à l'hôpital.

Une demi-heure plus tard, vers 7 heures, la femme ayant été couchée, nettoyée, après avoir avalé un cordial, se trouve un peu reposée. Son aspect est moins altéré relativement et elle ne perd plus de sang. Je puis l'examiner tout à mon aise.

Le ventre est très développé surtout en largeur. Le fond de l'utérus, très élevé, vient appuyer fortement contre le diaphragme. Ses parois sont tendues et dans un état de rétraction permanente mais modérée.

Le palper est douloureux et difficile, mais on peut, en profitant de quelques courtes périodes de relâchement, apprécier la disposition du fœtus. Il est aisé de constater qu'il occupe une situation tout à fait insolite. Il est couché transversalement au niveau de la région supérieure de l'abdomen, de façon que le siège est logé dans l'hypochondre droit, tandis que la tête est située dans le flanc gauche où elle fait une saillie appréciable, même à la vue. La région est extrêmement douloureuse au simple contact des doigts, et cette douleur se manifeste spontanément d'une manière tenace et persistante. Lorsque la malade se plaint, c'est à ce côté qu'elle rapporte la sensation pénible. Il semble que la main qui explore ne soit séparée de l'extrémité céphalique du fœtus que par la paroi abdominale extrêmement amincie. Le dos de l'enfant dessine une courbe transversale convexe en haut et en avant, dans la zone épigastrique.

En résumé, cette disposition ne rappelle nullement l'attitude angulaire du fœtus dans une présentation ordinaire de l'épaule, au cours du travail, attitude qui lui donne la forme d'un V, dont le sommet, situé inférieurement, est représenté par l'épaule, et les branches inégales par la région cervico-céphalique

d'une part, et, d'autre part, par le tronc. Ici, au contraire, la tige fœtale est rigide et nettement transversale, située très haut au-dessus de l'aire pelvienne, laissant vide tout le grand bassin et la région moyenne de l'abdomen.

L'auscultation répétée ne me laisse entendre aucun bruit fœtal.

Par le toucher, que je pratique d'une façon très discrète, je constate l'existence de parties contuses et dilacérées dans le fond du vagin et au niveau du segment inférieur de la matrice. Le col semble sectionné dans une certaine étendue, bien que le rebord de l'orifice externe soit resté intact et forme un anneau assez souple.

Le bassin est rétréci dans son diamètre conjugué, et ce vice de conformation est d'ailleurs justifié par la déformation rachitique très visible des tibias. A quelque profondeur que l'on porte le doigt, on n'arrive sur aucune partie fœtale. Il me semble que j'atteins l'angle sacro-vertébral directement et sans interposition des parties molles, ce qui me paraît être en faveur de l'existence d'une destruction d'un cul-de-sac et d'une rupture de la portion cervicale de l'utérus, n'intéressant pas le rebord même de l'orifice du col, mais dont je ne pouvais prendre, par cet examen sommaire, une notion très précise.

A 10 heures, le professeur Pajot examine la femme et décide l'intervention immédiate comme unique moyen de lui conserver quelque chance de survie. Le diagnostic de *rupture utérine*, appuyé sur de très fortes présomptions, reste en suspens, subordonné à un examen plus approfondi des parties. On administre le chloroforme, séance tenante, et je pratique une abondante injection intra-utérine préalable, avec la solution tiède de sublimé au millième. M. Pajot introduit profondément la main et ne tarde pas à pénétrer dans une vaste cavité anfractueuse et irrégulière, à parois déchiquetées, comblée par des caillots traversés en tout sens par des travées peu résistantes de tissu conjontif, cédant et se déchirant sous le moindre effort. Cette sorte de cloaque siège au niveau du cul-

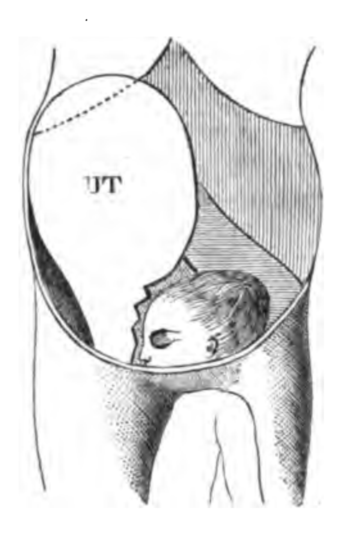
de-sac antérieur, et se prolonge vers le bord gauche rompu du corps de la matrice, jusqu'entre les deux feuillets correspondants du ligament large. Il est évident que l'utérus est largement rompu sur son bord gauche à une hauteur très considérable, et de plus, désinséré, en quelque sorte, par une déchirure qui contourne transversalement sa région cervicale, principalement à gauche, en avant et jusqu'à la partie postérieure, ce qui explique pourquoi l'index arrive si directement sur la symphyse lombo-sacrée, à travers la déchirure béante. Au milieu de ces délabrements, le col reste encore reconnaissable par l'anneau qui limite son extrémité inférieure, rattaché qu'il est au corps, par sa moitié droite. Cet anneau cervical, à moitié détaché, est situé très en arrière et fort souple, bien qu'incomplètement dilaté.

Le retrait de la main est aussitôt suivi de deux flots de sang qui se précipitent en large nappe par la vulve.

Après un court instant de réflexion, considérant qu'en raison de la date récente de l'accident la femme avait de grandes chances d'échapper à l'infection septique; que, d'autre part, le choc traumatique paraissait n'avoir entraîné qu'une perturbation momentanée, et qu'enfin, le plus sûr moyen de juguler l'hémorrhagie était de débarrasser l'utérus. M. Pajot réintroduit la main et pratique résolument la version par les voies naturelles. Rien en effet ne commande l'intervention par la voie abdominale, puisque l'enfant paraît en grande partie contenu dans l'utérus, puisque le péritoine n'a guère pu subir les conséquences d'une contamination extérieure quelconque, et que, pour ces motifs, la toilette immédiate et le drainage ultérieur de la séreuse ne s'imposent pas.

M. Pajot traverse, cette fois, l'orifice du col situé très en arrière et va chercher les pieds. La recherche et la saisie des extrémités fœtales sont assez aisées. L'évolution s'accomplit sans difficulté, de même que le dégagement des bras. Reste la tête qui est retenue transversalement en occipito-latérale gauche au-dessus du détroit supérieur trop étroit. Néanmoins elle est fléchie sans trop d'efforts et le menton est abaissé du côté

droit. Les tentatives répétées pour l'extraire, par les tractions soit directes, soit obliques, soit dirigées fortement en arrière, la flexion étant portée à son maximum, échouent absolument. Je remplace à ce moment M. Pajot et je tente tout aussi inutilement l'extraction. On peut alors juger très nettement de la disposition très remarquable des choses (V. fig.). Le ventre est



comme bilobé, et l'on sent, à la palpation, dans l'hypochondre droit, l'utérus très dur et rétracté qui a filé sous les fausses côtes, où il forme une tumeur volumineuse et très élevée comme on peut en juger. La tête fœtale, au contraire, et principalement sa région occipitale, occupe le côté gauche du grand bassin où elle est saillante et paraît située immédiatement sous la peau. Il n'est plus permis de douter que la matrice est non seulement rompue latéralement, mais qu'elle cède dans une partie de ses insertions au vagin et au bassin et que la tête fœtale est logée entre les feuillets du ligament large gauche... intact ou déchiré?... cela est est impossible à dire. On s'explique aussi l'élévation moins insolite du fœtus constatée au moment de l'arrivée de la femme. Entraîné avec l'utérus, désor-

mais incapable de se contracter, et maintenu transversalement dans la région supérieure du ventre, l'enfant n'avait pu passer en totalité dans le péritoine; et, c'est grâce à cette heureuse circonstance que l'accouchement par les voies naturelles avait pu être effectué.

Reste toujours l'extraction de la tête.

M. Pajot applique le céphalotribe. La tête est saisie solidement suivant le diamètre occipito-mentonnier, réduite et extraite rapidement.

Le placenta, dont l'insertion était très voisine du col et telle que sa masse, en partie détachée, s'était offerte plusieur fois sous la main de l'opérateur, tombe spontanément entraîné par le cordon et réuni encore à l'enfant.

Celui-ci, du sexe féminin, présente la conformation et le poids du fœtus à terme.

L'opération a duré trente-cinq minutes environ. Il est 10 h. 1/2.

Après la délivrance, écoulement d'une certaine quantité de sang noir. L'utérus est redescendu dans l'abdomen et occupe sa situation normale. Les parties molles des parois du vagin sont procidentes et font hernie à la vulve. La femme s'éveille et est laissée au repos pendant deux heures. Au bout de ce temps je pratique une injection avec la liqueur de Van Swieten jusque dans le foyer de la rupture, où je ne constate plus l'existence de l'anneau cervical, qui, sans doute, a cédé dans sa partie détachée, au moment de l'extraction. L'injection ne ramène que du sang sous forme de caillots.

A 1 h. de l'après-midi la malade vomit. A 3 h. 1/2 nouveau vomissement qui s'explique d'ailleurs par la triple influence du chloroforme, du choc traumatique et de l'abondance de l'hémorrhagie. P., 124 ; T., 37,2; R., 28. Je prescris une onction avec l'onguent napolitain et un vaste cataplasme sur le ventre.

A 5 heures, je trouve la femme assez calme. Le facies est pâle. Dyspnée légère et intermittente. L'état moral est parfait. Douleur à la base du thorax ; l'abdomen est tendu. Il n'y a

pas eu de nouveaux vomissements T., 38,2; P., 120. Je prescris, pour la nuit, 0 gr. 05 centigr. d'extrait thébaïque et 0 gr. 50 centigr. de sulfate de quinine à administrer immédiatement. S'il survient encore des efforts nauséeux, eau de Seltz et glace. Maintien d'une compresse antiseptique en permanence sur la vulve.

31 *décembre*. Il s'est produit, dans la nuit, deux vomissements à une heure d'intervalle.

8 h. Ce matin le pouls est à 108 et la température à 37,5. A 9 h. moins un quart, deux vomissements coup sur coup.

A 10 heures je pratique une injection antiseptique. L'effondrement des parois du vagin et la difficulté de conduire, avec sécurité, une sonde rigide jusque dans la profondeur du foyer de la rupture, me décident à user d'un drain long et épais, assez rigide pour que, une fois porté avec le doigt, jusqu'au cul-de-sac vaginal, il suffise d'une impulsion lente et modérée pour le faire cheminer jusqu'aux régions supérieures de la rupture. L'irrigation tiède est pratiquée lentement, tandis que j'explore et que je maintiens la région hypogastrique.

Après l'opération, la malade accuse une douleur légère dans le ventre, dont la tension paraît avoir augmenté un peu depuis hier.

A 11 h. 1/2 elle est calme et éprouve le besoin de dormir.

Elle se réveille à 1 h. de l'après-midi. La température est de 37,2 et le pouls à 96.

6 h. soir. Elle fait un nouveau somme de 2 h. 1/2 à 4 h. et s'endort encore entre 5 et 6 h. T., 37,2; P., 100. Elle n'accuse pas de douleur abdominale mais elle se plaint de souffrir violemment dans la région épigastrique. Oppression continuelle et paroxystique coïncidant avec la sensation douloureuse ressentie à la base du thorax. Éructations fréquentes et fort pénibles.

On a essayé plusieurs fois dans la journée de lui faire avaler un peu de vin ou de bouillon, mais elle l'a rejeté aussitôt. Elle n'a pu prendre que quelques gouttes de grog au rhum froid.

Les lochies sont très peu abondantes et inodores. Je pratique un nouveau lavage antiseptique comme le matin.

A 8 h. vomissements. A 11 h. 40 dans la nuit elle prend un bouillon qu'elle rejette aussitôt.

Minuit. T., 37,9; P., 104.

1er *janvier* 1884. Le reste de la nuit a été très calme et la patiente a pu boire quelques gorgées de rhum sans vomir.

8 h. Les éructations qui avaient cessé la veille, dans la soirée, ont recommencé dans la matinée. A 7 heures administration d'un bouillon bien toléré. T., 37,7; P., 96.

A 9 h. moins un quart, elle prend une tasse de lait; quelques renvois, mais pas de vomissement. A 9 h. 1/2 elle prend un peu de rhum sans vomir; un peu de lait à 10 h., de même; mais les éructations surviennent toujours après l'ingestion de la moindre chose. T., 37,6; P., 100.

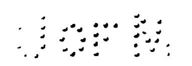
A 10 h. injection profonde avec le drain.

A partir de ce moment, elle a encore avalé, de temps à autre, quelques cuillerées de lait ou de grog et n'a vomi qu'une seule fois des matières bilieuses porracées. Elle a reposé jusqu'à 2 heures. Elle est réveillée à ce moment par une épistaxis assez abondante.

— Il est remarquable que jusqu'à cette heure et depuis l'opération la malade a présenté un aspect physique très satisfaisant, avec un facies plutôt congestionné que naturel, ce qui ne cadre pas avec la nature et la violence des accidents qu'elle a éprouvés. A partir de 3 heures, l'épistaxis ayant cessé, de nouveaux vomissements se produisent, et à 4 h. 1/2 une débâcle intestinale s'opère sous forme de selles diarrhéiques qui se répètent à 5 h., à 6 h., et à 7 h.

7 h. 1/2 soir. T., 37,6; P., 103 Je prescris des lavements laudanisés.

2 *janvier*. Néanmoins les selles se reproduisent dans la nuit à neuf reprises, et, concurremment, les vomissements et les éructations disparaissent. La malade dort de minuit à 1 h. du matin et de 4 h. à 5 h. 1/2. Elle a pu avaler sans répugnance et conserver du lait, du bouillon et un peu de rhum.



A 6 h. 45 min. T., 37,7; P., 112. — Deux selles entre 7 et 8 heures.

8 h. La malade est fatiguée; l'abdomen est un peu douloureux, borborygmes persistants et pénibles.

On remplace les frictions mercurielles par un vaste cataplasme laudanisè. Eau de riz, sirop de coing.

9 h. 1/2. Injection utérine; lavement laudanisé qui est gardé pendant un quart d'heure seulement et que l'on répète dans la journée, mais qui n'est pas conservé davantage. La diarrhée persiste.

Jusqu'à minuit quinze selles liquides peu abondantes, mais qui affaiblissent notablement la malade.

7 h. A la visite du soir je trouve la température peu élevée, 38,8 et le pouls à 116. Je prescris 0 gr. 50 centigr. de sulfate de quinine, pour la soirée, à renouveler le lendemain matin.

La malade dort un peu et la fièvre ne réapparaît qu'entre 4 et 5 heures dans la nuit.

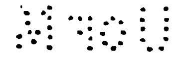
3 *janvier*. La diarrhée a repris dès 5 heures et continue abondamment. T., 39; P., 100; on administre à 8 h. le deuxième paquet de sulfate de quinine.

8 h. La femme se plaint du retour de l'oppression et des éructations. On est frappé de l'aspect singulier du visage. Des plaques marbrées, roses et livides, colorent les pommettes et les régions latérales symétriques du front. Une douleur assez vive envahit la région thoracique gauche; tandis que le météorisme abdominal cède d'une manière visible. Il ne reste du côté du ventre que les sensations intermittentes occasionnées par les coliques intestinales et un ténesme persistant. T., 38,4; P., 104.

Prescription : une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine. Potion avec diascordium et bismuth.

Je pratique une injection intra-utérine; le liquide revient presque limpide. D'ailleurs les lochies sont à peine teintées et peu abondantes. A 10 h. T., 38,6; P., 108.

Quatre selles diarrhéiques dans la journée, malgré l'administration de la potion, par cuillerées, toutes les heures.



Administration de légers potages au riz. Sulfate de quinine, 0 gr. 50 centigr. à 2 h. de l'après midi.

Soir 6 h. T., 37,8 ; P., 104.

A 9 h. T., 38,2; P., 108. 0 gr. 50 centigr. de sulfate de quinine. Extrait thébaïque, 0 gr. 05 centigr. Continuation de la potion au bismuth toutes les heures.

Cette nuit il n'y a eu qu'une seule garde-robe à 11 h. 1/2. Ni oppression, ni renvois jusqu'à 4 heures du matin. A ce moment seulement, la malade a ressenti une douleur thoracique irradiée le long des insertions du diaphragme dans tout le côté droit, avec exacerbations passagères qui correspondaient à des crises d'éructations et de contractions pénibles de l'œsophage. Cette douleur qui, le matin, siégeait plutôt à gauche, et qui, dès l'origine de la maladie, à la suite de l'opération, avait été temporairement observée, avait disparu durant la période de débâcle intestinale.

4 janvier. A 7 heures. T., 38,6; P., 104. L'oppression est à son maximum; il y a de véritables paroxysmes douloureux, durant lesquels la respiration monte à 36 et 40 mouvements par minute. La douleur arrache des cris à la patiente. Des coliques intestinales avec élancements du côté du flanc et de la fosse iliaque gauche accompagnent les exacerbations de la névralgie thoraco-abdominale.

Durant toute la journée j'assiste à des alternatives singulières du siège de la douleur qui, tantôt occupe la poitrine de manière que la pression du doigt est insupportable, tantôt l'intestin et s'accompagne d'épreintes et de ténesme, tantôt l'utérus, et la femme accuse nettement la sensation spéciale de la contraction douloureuse de l'organe, tantôt enfin l'œsophage et le diaphragme, de façon à provoquer le rictus sardonique véritable et des mouvements convulsifs de la gorge, suivis d'éructations et d'efforts pénibles de déglutition, bien que la malade ne puisse rien avaler à ces moments-là.

L'auscultation ne révèle rien dans le poumon, sinon quelques frottements discrets au niveau des deux bases. Le pouls est petit, serré, rapide et remarquablement variable dans sa

fréquence. Tantôt je trouve 80 pulsations, tantôt 112 et 124. La température est entre 38 et 38,5.

Une injection antiseptique a été pratiquée à 10 heures du matin ainsi qu'une piqûre de morphine au niveau du côté droit. A midi, sommeil d'une heure. La malade prend un peu de bouillon et mange un œuf. La dyspnée et les crises douloureuses reparaissent. Les lochies sont assez abondantes, sanglantes, sans odeur.

7 heures. La douleur thoracique siège plus près de la colonne vertébrale dans les derniers espaces intercostaux. P., 120; T., 38, 9. Application du vésicatoire ordinaire qu'on pansera avec de la morphine; sulfate de quinine.

Dans la nuit, la douleur se calme. La malade dort pendant quelques heures.

Il n'y a pas eu de diarrhée pendant toute la journée.

5 *janvier*. A 2 heures réveil des mouvements de l'intestin. et à 5 heures garde-robe abondante.

6 heures : T., 38,2; P., 76. La diarrhée reprend et continue.

A 9 heures : *On constate que l'intestin est toujours en mouvement, tandis qu'au contraire la dyspnée et les convulsions thoraco-diaphragmatiques ont disparu.*

On prescrit 1/4 de lavement laudanisé qui n'est pas conservé. On en administre un second une heure plus tard; il est rendu au bout d'une demi-heure. Reprise de la potion avec laudanum, bismuth.

A 10 heures, injection antiseptique; à midi, 0 gr. 50 de sulfate de quinine; à 1 heure : T., 37,8; P., 112.

A 5 heures : T., 37,8; P., 100. Pansement du vésicatoire à la morphine. Il n'y a plus guère de douleurs.

Il y a encore quelques selles dans le courant de la journée. Néanmoins la malade s'alimente un peu et prend comme les jours précédents : bouillons, potages, lait, œufs. A 8 heures : T., 38; P. 96; à 10 heures, sulfate de quinine, 0 gr. 50. Dans la nuit elle dort assez bien, prend quelques cuillerées de sa potion et des bouillons.

6 *janvier*. Elle ne se réveille qu'à 7 heures : T., 38; P., 116.

La respiration est assez calme, et les cris douloureux n'ont pas reparu.

Injection à l'heure ordinaire. La malade semble entrer dans une phase de rémission très nette. Elle est tranquille. Le facies est pâle et amaigri.

On peut juger de l'état d'anémie réel dans lequel se trouve la patiente et que les phénomènes nerveux et fébriles des jours précédents masquaient jusqu'ici.

A 6 heures du soir : T., 38,5; P., 112. On donne 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

Il y a eu trois selles dans la journée, encore étaient-elles peu abondantes. Sommeil assez calme.

7 *janvier*. A 6 heures du matin : T., 38,5; P., 112. Sulfate de quinine, 0 gr. 50.

La journée se passe comme la veille. Alimentation modérée. Selles rares.

A 6 heures du soir : T., 38,4; P., 104. Dans la soirée, quelques coliques avec flatuosités douloureuses. Sulfate de quinine, 0 gr. 50.

8 *janvier*. Même état, même traitement. On constate une légère excoriation à la région fessière. On fait un pansement avec de la vaseline et on saupoudre de quinquina finement pulvérisé et d'amidon.

Les lochies sont à peu près supprimées. A aucun moment elles n'ont été fétides ou purulentes. Le matin la T. est à 88 et le P. à 104. Le soir : T., 37,6; P., 108.

9 *janvier*. Quelques douleurs lancinantes et quelques tiraillements se font sentir dans l'abdomen et retentissent du côté du thorax. Un peu de dyspnée.

Vers 5 heures du soir écoulement d'une petite quantité de sang par la vulve, coïncidant avec des gargouillements intestinaux et des contractions colliquatives sans diarrhée. Une vive douleur, mais très passagère, au côté gauche du ventre. T., matin : 37,8; P., 104. T., soir : 38,4; P., 104.

Dans la nuit, quelques selles diarrhéiques reparaissent.

Le 8 et le 9 on continue encore le sulfate de quinine et la potion avec laudanum et bismuth.

10 *janvier*. La malade est décidément mieux ce matin. Elle a dormi assez bien. Elle commence à s'alimenter régulièrement. La douleur abdominale s'atténue, mais il survient un nouveau point névralgique vers le sein gauche sur le trajet du sixième nerf intercostal. Deux injections hypodermiques de morphine la font disparaître.

Le matin, la température est à 37,4, le pouls à 88. On diminue le sulfate de quinine : 0 gr. 50 cent. en deux fois dans la journée. T., 37,6; P., 84.

11 *janvier*. Même état. L'amélioration s'accentue. La faiblesse est grande, mais un calme général semble s'être établi dans les viscères abdominaux et thoraciques. La température et le pouls sont normaux.

Matin : T., 37,5; P., 80.

Soir : T., 37,8; P., 96.

12 *janvier*. La malade va bien dans la matinée. Une selle moulée. T., 38; P., 88.

Dans la journée elle est agité. La face rougit par moments. Quelques velléités d'oppression ; la température, à 6 h., est de 90, et le pouls, à 96. On donne un peu de bromure de potassium et on reprend le sulfate de quinine, 0 gr. 50 cent. immédiatement. Prescription de la même dose pour le lendemain.

13 *janvier*. La fièvre a disparu. L'amélioration des jours précédents reparaît de nouveau.

Matin : T., 37,1 ; P., 92.

Soir : T., 37,4 ; P., 88.

On continue la potion au bromure de potassium ; 3 grammes pour la journée. On continue à pratiquer chaque jour une injection antiseptique portée très haut, dans le vagin. L'intestin fonctionne régulièrement.

14 *janvier*. Tout semblait aller à merveille, lorsque, vers 3 h. de l'après-midi, la malade éprouve, coup sur coup, quatre petits frissons accompagnés d'une fièvre assez vive, d'une douleur plus forte que jamais à la base du thorax. à gauche,

…t de la…

Pouls	17	18
150		
148		
146		
144		
142		
140		
138		
136		
134		
132		
130		

avec dyspnée intense. L'auscultation révèle une matité nette dans la région pleurale gauche et des frottements nombreux. Toux sèche et continue. Rien à droite. Je fais appliquer un vésicatoire de ce côté et je prescris une potion de Todd avec 6 gr. d'extrait mou de quinquina. En outre, 0 gr. 50 cent. de sulfate de quinine.

Matin : T., 37,3; P., 88.

Soir, à 4 h. : T., 39,9; P., 108.

Depuis la nuit passée, il n'y a pas eu de selles. Il n'y a, depuis plusieurs jours, aucune sorte d'écoulement par le vagin.

Dans la nuit, la température a été prise trois fois, la malade n'ayant pu réussir à fermer l'œil.

A 10 h. soir : T., 37,6; P., 96.

A minuit : T., 39,9; P., 110.

A 4 h. du matin (15 janvier) : T., 39; P., 108.

15 *janvier*. Deux selles diarrhéiques à partir de 6 h. A ce moment, T., 37; P., 104.

On panse le vésicatoire. La douleur et la dyspnée sont moindres. De midi à 5 h. du soir, la malade dort. Sueurs abondantes. Faiblesse très marquée. Extrait thébaïque, 0 gr. 05 c. à 9 h. Dans la nuit, sommeil très calme.

16 *janvier*. 6 h. du matin : T., 37,6; P., 116. Les douleurs reparaissent et n'ont pas de siège fixe; paroxysmes assez prolongés durant toute la matinée. La face est alternativement pâle et rouge pourpre. Bouffées de chaleur suivies de sueurs abondantes, moins de dyspnée et, en somme, état général meilleur que la veille. La malade mange. Soir : T., 37,8; P., 92.

Elle tousse très peu, et elle a expectoré trois à quatre fois des crachats légèrement rouillés.

17 *janvier*. Matin : même état. T., 37,5; P., 72. Dans la journée, douleurs vagues du côté du ventre. Mais, ce qui prédomine encore, c'est l'intensité et la fréquence des réflexes douloureux thoraco-abdominaux, aussi bien que des troubles vasculaires et nerveux dans les régions du cou et de la face :

pâleurs, rougeurs subites, sueurs ; sensations vagues d'étouffements et vapeurs fréquentes.

Soir : T., 37,4 ; P., 76. Les signes thoraciques perçus à l'auscultation diminuent ; la toux également. Encore un peu de sang dans les crachats. On entend quelques fort râles muqueux à la base du côté gauche.

18 *janvier*. Dans la nuit, sommeil parfait ; une selle moulée, naturellement. Matin : T., 37,2 ; P., 88. Un frisson nerveux, sans élévation de température, mais avec 104 pulsations, s'est produit après son déjeuner, vers 2 heures de l'après-midi. A la suite céphalalgie intense, mais de peu de durée. Elle fait un repas assez copieux à 6 h. du soir. T., 37,3 ; P., 76. La toux continue. Presque pas d'expectoration.

19 *janvier*. Nuit excellente. Le matin : T., 37,2 ; P., 90. Un peu d'agitation, comme cela est arrivé, et nouveau frisson nerveux sans fièvre après son déjeuner. Le pouls reste fréquent, mais la température est normale. T., 37,6 ; P., 96.

20 *janvier*. État parfait. La malade dort et mange bien : ne tousse plus, ne souffre plus.

21 *janvier*. La température et le pouls sont normaux. Pas de selles.

22 *janvier*. Journée très calme. On avait ordonné un lavement, qui n'a pas été suivi d'effet. A 2 heures de l'après-midi, accès fébrile soudain : T., 39,5 ; P., 112. Pas de frisson ; pas de signes du côté du cœur ni de douleur ; pas de toux. Cette hyperthermie peut être attribuée à l'agitation et aux mouvements inusités que l'on permet à la malade et à l'alimentation un peu exagérée, mais surtout à un peu d'engouement intestinal. Laxatif suivi d'effet à 4 heures du soir ; sulfate de quinine à 8 heures. T., 38 ; P., 92.

23 *janvier*. Après une nuit tranquille, la malade se réveille décidément mieux et la journée se passe fort bien. La température et le pouls sont normaux ; l'appétit régulier, et, désormais, les fonctions digestives sont l'objet d'une surveillance méticuleuse.

A partir de ce jour, vingt-cinquième à dater de l'accident,

il ne nous fut plus donné d'observer de contre-temps dans la marche régulière de la convalescence. Sauf quelques tiraillements douloureux, d'ailleurs très passagers et peu intenses, sans la moindre manifestation fébrile, avec une température tout à fait normale et un pouls à peine accidenté dans sa fréquence, la maladie marcha progréssivement vers sa terminaison. A aucun moment il n'y eut trace de suppuration dans l'écoulement vaginal qui, depuis longtemps, était réduit à un suintement très discret.

A la fin de la septième semaine la malade sortait de l'hôpital, guérie, et marchant, très délibérément, sans fatigue et sans douleur. J'ai pratiqué l'examen attentif de l'utérus par l'abdomen et par le vagin. J'ai retrouvé nettement les indices de la déchirure sur le côté gauche du col; mais, nulle part, je n'ai pu constater le moindre empâtement, la moindre tumeur, pas même une augmentation quelconque du corps de la matrice, qui pussent laisser soupçonner l'existence de quelque lésion utérine ou périutérine autre que les vestiges du traumatisme, à la portion cervicale. La malade sera plus complètement examinée, à bref délai.

Réflexions. — Je ne me suis décidé à inscrire dans cette observation les détails précédents, qui pourront paraître inutiles ou fastidieux à certains, que, parce que, en raison de la rareté des cas semblables, j'ai pensé que leur connaissance pourrait être utile à ceux qui se trouveront en présence de faits du même genre. La prolixité apparente est une garantie de l'observation scrupuleuse; c'est à cette condition seulement que la lecture en peut être fructueuse. En pareille matière, les véritables garanties du succès sont dans les soins minutieux et la surveillance de tous les instants.

Qu'il me soit permis maintenant de synthétiser en quelques mots l'allure clinique de ce fait assez remarquable par bien des côtés.

La malade qui en fait le sujet présentait, comme on l'a vu, que complexité dystocique bien faite pour effrayer, bien que

ce soit presque toujours une sorte de règle en obstétrique que les difficultés ne marchent jamais isolément. Bassin vicié, placenta prævia, présentation de l'épaule, rupture de l'utérus et du vagin : tel est le tableau en résumé. Or, si l'on y réfléchit un peu, ces anomalies se commandent l'une l'autre presque fatalement, tout au moins s'expliquent l'une par l'autre. C'est une succession pathogénique en quelque sorte très légitime. Bien entendu, ceci n'est pas de nature à rassurer sur l'issue de cas de ce genre. Mais, il est juste que le praticien soit averti de ces choses et, par ailleurs, cette coïncidence naturelle est bien faite pour rétrécir le champ des modes d'intervention, les cas devant se ressembler assez souvent. Je suis donc autorisé à prendre texte de cette observation pour en tirer les quelques conclusions qui vont suivre.

La femme qui est sous le coup d'une rupture utérine, court trois grands risques immédiats dont chacun peut conduire à la terminaison fatale : 1° *le choc traumatique*, 2° *l'hémorrhagie*, 3° *l'infection septique*.

Qu'elle échappe aux deux premiers, le médecin peut à la rigueur se déclarer, avec quelque apparence, maître du troisième.

Le *choc* peut tuer très rapidement et sans que la thérapeutique puisse se rendre maîtresse d'une perturbation irrémédiable dès l'abord. Le fait a été maintes fois constaté. J'ai publié moi-même un cas observé dans le service de la maternité de Cochin où j'étais interne en 1879, dans lequel la femme succomba rapidement à une rupture très comparable à celle dont on vient de lire les détails. Je possède un moulage très exact fait par M. Loreau, mouleur du laboratoire de la Salpêtrière. Il y avait eu une hémorrhagie insignifiante, par l'extérieur, et le péritoine, déchiré en deux endroits, ne contenait que fort peu de sang dans sa cavité.

L'*hémorrhagie* est un danger toujours menaçant et souvent formidable, en raison de l'impossibilité où l'on se trouve de la juguler, à moins que l'on n'arrive, assez promptement, à vider l'utérus par une voie quelconque. Mais il est assez remar-

quable que, dans les observations consignées dans les mémoires, et les travaux plus complets relatifs à ce sujet; on constate que ce n'est qu'exceptionnellement que la perte de sang est la cause de la mort. L'hémostase se fait assez ordinairement d'une façon spontanée, quelle que soit la raison qu'on donne de cette heureuse circonstance. Il est possible que la rupture de gros vaisseaux ne soit pas aussi fréquente qu'on pourrait le supposer. Par leur souplesse, leur disposition hélicine, ils sont très susceptibles d'échapper au traumatisme, s'il s'agit d'une déchirure des bords de l'utérus et des ligament larges. D'autre part, la rétraction utérine peut, certaines fois, suffire à obturer les branches vasculaires des parois de la matrice. En tous cas, le mode de section est particulièrement favorable à la rétraction des tuniques contractiles, et à la formation de caillots. Les avis des auteurs sont d'ailleurs fort partagés à cet égard.

Reste la *septicémie*. Ici, la promptitude et la rigueur de la méthode antiseptique jouent le principal rôle dans les chances de guérison.

Dans ces dernières années, on s'est fort préoccupé des risques que peut faire courir à la patiente la pénétration du sang dans la cavité séreuse et, surtout, lorsque des tentatives opératoires, pratiquées sans précaution, ont porté au contact des surfaces cruentées les germes de l'infection.

Cela est de toute évidence et si, comme cela a été observé parfois, il est question de femmes dont le travail dure depuis plusieurs jours, ayant déjà présenté des phénomènes graves, avec putridité des liquides intra-utérins, frissons, hyperthermie, tension et douleur du ventre, etc., rien ne contredit, en pareil cas, la méthode qui consiste à purifier tous les points en contact avec ces foyers d'infection. La laparotomie, suivie de la toilette méticuleuse des culs-de-sac péritonéaux, est absolument justifiée. De même, si l'extraction du fœtus n'est possible que par la voie abdominale, il est indispensable d'avoir recours à ce procédé opératoire.

Mais, en toute autre circonstance. la question est à discuter

un peu plus judicieusement que cela n'a été fait par quelques chirurgiens. Le contact du sang non septique ou d'une partie fœtale dans les mêmes conditions, n'est point un danger pour la séreuse péritonéale; témoins les hématocèles qui guérissent et les tentatives de Ponfick qui préconise la transfusion du sang dans le péritoine, à la place de la transfusion intra-veineuse; témoins encore les ruptures de kystes fœtaux extra-utérins non suivis d'accidents graves; sans compter enfin les tentatives de greffes diverses, dans la séreuse, au moyen de toute sorte de corps étrangers vivants ou morts qui ne déterminent aucune réaction inflammatoire à condition qu'ils soient aseptiques.

Le drainage du cul-de-sac de Douglas, par la méthode de Frömmel, nécessite exactement les mêmes conditions. Car, pourquoi drainer par l'utérus et irriguer au moyen de liquides antiseptiques le péritoine, s'il ne contient rien qui permette de redouter sérieusement l'infection? Il suffit de lire les cas assez nombreux de guérison spontanée après la simple extraction du fœtus, avec ou sans antisepsie absolument rigoureuse, pour être convaincu de la justesse de cette restriction.

L'observation qui fait le sujet de cette courte discussion est bien de nature à justifier les conclusions qui en découlent tout naturellement. On pourrait objecter que nous n'étions pas certains de l'intégrité ou de la déchirure du péritoine. A coup sûr, le reproche est juste, mais il s'adresse à tous les cas du même genre, dont les uns se sont terminés par la mort avec péritonite suraiguë et les autres par la guérison. Tout nous porte à croire que les feuillets séreux du ligament large devaient être tout au moins fissurés, sinon largement rompus, et cela suffirait à l'imminence probable de l'inflammation en cas d'infection préalable. Il suffit de lire attentivement les détails qui traduisent la nature de la lésion pour s'en rendre compte. En effet, nous n'avons pas été à l'abri des complications inhérentes à la présence du sang et à l'évolution des processus résolutifs ou adhésifs qui ont marqué la première étape des suites de couches.

Dans des cas où l'on a pu constater la hernie d'une anse intestinale par la déchirure, suivie de réduction; dans d'autres, où une fistule permanente a succédé au sphacèle de l'intestin hernié, la guérison a été obtenue malgré tout; et ces complications, qui réalisent à la fois une certitude absolue de la rupture péritonéale et un maximum de gravité, sont en définitive absolument favorables à notre manière de voir, qu'il s'agisse de faits analogues ou moins graves. En un mot, le traumatisme aseptique ne prédispose qu'aux raptus purement congestifs et aux réflexes qui leur sont inhérents, tandis que le traumatisme septique prépare et crée presque fatalement l'infection sous toutes ses formes, congestive, inflammatoire, suppurative ou toxique.

En résumé, l'antisepsie soigneusement pratiquée avant toute intervention et après la délivrance; la protection extérieure des parties génitales garantissant les régions profondes; l'irrigation antiseptique ne dépassant pas le foyer accessible, *juxta-utérin*, de la rupture, ont suffi à préserver notre malade contre l'infection septique et ses conséquences.

Je terminerai maintenant par une courte exposition d'ensemble des phénomènes présentés par notre malade.

La première phase, ayant succédé immédiatement à l'accouchement et ayant persisté trois jours environ, nous montre le complexus symptomatique suivant : douleurs vives et irritation intense des organes de la région épigastrique ; convulsions gastriques et diaphragmatiques persistantes, vomissements et éructations ; — coïncidence d'une stupeur survenue dans le reste des organes abdominaux, intestin et utérus. Météorisme et constipation, absence de tranchées utérines.

A cette phase succède la débâcle intestinale avec diarrhée permanente pendant plusieurs jours. Les réflexes douloureux et convulsifs s'étendent et deviennent erratiques avec des alternatives singulières, allant de l'intestin à l'estomac, à l'œsophage, au diaphragme, etc., occupant les parois thoraciques sous formes de pleurodynies intenses entraînant des accès dyspnéiques, ou portant sur le système névro-vasculaire, sans

règle et presque sans relâche. Il apparaît que la plupart des rameaux nerveux en connexion avec le sympathique abdominal sont, tour à tour ou simultanément, impressionnés. Les plexus thoraciques sont irrités également et réagissent sur les viscères correspondants : dyspnée nerveuse, perturbations cardio-vasculaires.

Pendant ce temps, aucun symptôme prédominant du côté de l'hypogastre, aucun signe de septicémie. Pas un frisson ; une température modérée relativement, marchant avec un pouls d'une mobilité étonnante et d'une fréquence anormale. Tous les dangers sont contenus dans la plus ou moins grande intensité des réflexes résultant du choc abdominal et probablement aussi de l'irritation périphérique des filets nerveux rompus ou tiraillés au niveau de la rupture. Le ventre redevient assez vite souple, et à aucun moment il n'est permis de songer à des complications suppuratives du côté du péritoine.

Le seizième jour, enfin, apparaissent les premiers frissons, avec un cortège qui annonce très vraisemblablement une migration embolique dans le poumon. Hyperthermie considérable, dyspnée intense, signes stéthoscopiques très nets dans la base du poumon gauche, et expectoration sanglante les jours suivants.

A partir de cette étape dangereuse, heureusement traversée par la malade, nous n'assistons qu'à des manifestations nerveuses réflexes très atténuées et comme hystériformes, coupées par des accès douloureux, passagers, en rapport avec les tiraillements des filets du sympathique, au niveau de la cicatrice.

Quant à la thérapeuthique employée, il ne m'appartient pas de la justifier par l'excellence du résultat, encore moins de l'ériger en principe général, Mon excellent et vénéré maître, M. le professeur Pajot, qui a dirigé le traitement tout en me laissant une grande part d'initiative avec une confiance qui m'honore profondément, n'a songé qu'à parer aux éventualités pressantes, sans perdre de vue les indications immédiates ressortant des aperçus rétrospectifs de physiologie pathologi-

que, que je viens de retracer. L'opium et le sulfate de quinine ont fait les frais du traitement antispasmodique et antipyrétique. L'antiseptique employé du commencement à la fin de la maladie a été le sublimé au millième.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 *février* 1884.

Grossesse extra-utérine; extraction du fœtus par élytrotomie; guérison. — M. Pinard communique la relation d'un cas de grossesse extra-utérine, variété abdominale, dans lequel l'enfant se développa jusqu'à terme, mourut lors du faux travail et fut extrait deux mois après par élytrotomie.

Il s'agit d'une femme de 31 ans, ayant déjà eu deux enfants à terme, qui présenta, en novembre 1882, tous les signes d'une troisième grossesse ; celle-ci évolua ensuite, différant des précédentes par une série de symptômes tels que : douleurs vives du ventre, impossibilité pour la malade de vaquer à ses occupations, nécessité de rester couchée. Arrivée à terme, la malade éprouva les symptômes de l'accouchement, sensiblement atténués cependant; puis ceux-ci ayant cessé, ses seins grossirent comme dans une suite de couches normales, d'où le diagnostic de grossesse extra-utérine qui fut alors posé.

Au bout de deux mois la tumeur abdominale, qui était restée stationnaire depuis le moment où la malade avait ressenti les symptômes de l'accouchement, prit rapidement un volume double (l'examen montra qu'il s'agissait d'une accumulation d'une certaine quantité de liquide dans son intérieur) ; simultanément de vives douleurs se déclarèrent ; des troubles du côté de la miction et de la défécation apparurent.

M. Tarnier, consulté à ce moment, pensa qu'il y avait lieu de débarrasser la malade, et il conseilla la voie vaginale, en raison de la saillie considérable de la tumeur dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

M. Pinard incisa alors la partie saillante du cul-de-sac et fit, sans difficulté aucune, l'extraction du fœtus.

Quant au placenta, comme ses adhérences à la paroi interne du sac étaient très considérables, on le laissa en place, mais en ayant soin d'injecter dans la cavité kystique, toutes les deux heures, une solution de sublimé à 1/2000e; ces injections furent continuées avec la même régularité pendant dix-huit jours, temps que nécessita le détachement spontané du placenta et son expulsion au dehors; il ne se manifesta aucun symptôme d'intoxication hydrargyrique, et toute espèce d'accident septique de la part du placenta fut ainsi évité.

Un mois après l'opération la malade était complètement guérie, ne conservant qu'une cicatrice rouge et allongée sur la paroi vaginale.

M. Pinard signale en terminant : 1° l'accumulation du liquide dans le kyste fœtal un mois après la mort du fœtus ; 2° la saillie du kyste dans l'excavation, coïncidant avec l'absence d'adhérences entre la paroi abdominale et la tumeur (ce qui a fait préférer l'élytrotomie à la laparatomie) ; 3° la rétention du placenta pendant dix-huit jours, sans qu'aucun accident infectieux se soit produit ; 4° l'absence de toute intoxication hydrargyrique, malgré le grand nombre d'injections pratiquées ; 5° la rareté extrême de cette opération, dont on ne trouve qu'un seul exemple offrant les mêmes conditions et également suivi de succès.

Paul RODET.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 5 décembre 1883.

Le mécanisme du travail étudié plus spécialement au point de vue de l'obliquité de Nœgelé et de l'influence de la courbure lombo-sacrée. — Le Dr ROBERT BARNES lit un travail sur ce sujet. Il cite le texte de Nœgelé où cet auteur décrit l'obliquité que présente la tête au niveau du détroit supérieur. Puis il passe en revue les théories de ceux qui prétendent que l'axe du détroit, ainsi que celui de l'utérus et celui du fœtus coïncident. Il fait remarquer que tandis que Nœgelé admettait l'inclinaison du bassin, il n'en concluait pas du moins que l'utérus et le fœtus avaient leur axe parallèle et coïncident avec celui du bassin.

L'auteur discute cette opinion et s'appuie sur les sections cadavériques faites par Braun et Chiara sur des sujets gelés, qui montrent que l'axe de l'utérus et celui du bassin forment un angle très marqué. Il fait voir la différence qui existe entre le détroit supérieur, qui a la forme d'un cœur et l'excavation dont la cavité circulaire présente une capacité plus grande, et il en tire cette conclusion que lorsque la tête a franchi le détroit, elle doit tourner sous le promontoire, d'après la loi de l'accommodation et du mouvement, dans le sens de la moindre résistance. Il décrit ensuite la courbure lombo-sacrée dont l'influence sur le travail n'a pas assez attiré l'attention.

Cette courbe peut être représentée par une ligne tirée du promontoire comme centre et dont le rayon viendrait couper le plan du détroit supérieur à son centre. C'est ce qu'il propose d'appeler la courbe de Barnes, qui est pour le détroit supérieur le pendant de la courbe de Carus pour le détroit inférieur. Ces deux courbures réunies représentent une ligne sigmoïde partant du fond de l'utérus et aboutissant au détroit inférieur. Il l'appelle la courbe de parturition. Il montre que, par suite de la courbe du canal de parturition, de la forme irrégulière de la tête, et de la non-coïncidence des trois axes, toutes les conditions d'un vrai synclitisme sont absentes. Il fait jouer le rôle principal aux plans de l'utérus : le premier, reposant sur la courbe lombo-sacrée, aide la tête à s'engager dans le diamètre oblique du détroit; le second dirige la tête en arrière dans la cavité sacrée et sous le promontoire ; le troisième, ou plan périnéal, pousse la tête en avant au détroit inférieur dans le sens de la courbe de Carus.

Il démontre ensuite, d'après les mensurations du Dr Galabin et les siennes, qu'il y a tout avantage dans la présentation au détroit supérieur d'un diamètre oblique au lieu d'un diamètre bipariétal, point sur lequel Nœgelé a insisté tout particulièrement. Il conclut en affirmant que les objections faites à l'obliquité de Nœgelé sont dénuées de fondement, parce qu'elles reposent sur des assertions qui sont fausses et qu'il y a une raison pour que cette obliquité existe, de même qu'il y a un mécanisme pour la produire.

M. Gervis, influencé par M. Tyler Smith, a accepté, il y a quelques années, les opinions de Nœgelé au sujet de l'obliquité du bassin. Ensuite les travaux de Duncan et d'autres ont fait naître quelques doutes dans son esprit.

Après avoir étudié le travail du Dr Galabin sur ce sujet, il en est arrivé à cette conclusion que, lorsque le bassin est bien conformé, que la tête est de moyenne grosseur, celle-ci se place au détroit supérieur perpendiculairement au plan de ce détroit; mais que quand ce bassin est rétréci, ne fût-ce que légèrement, les conditions étaient modifiées et alors l'obliquité de Nœgelé était plus avantageuse.

M. Matthews-Duncan dit que le mécanisme du travail naturel et non naturel n'a rien de commun avec les théories émises sur l'obliquité de Nœgelé. La courbe de Barnes n'a aucune importance dans l'accouchement normal. Dans un bassin plat la tête suit cette courbe, mais on ne peut assigner à ce fait une exactitude mathématique. Ce qu'il y a de certain pour lui, c'est qu'il n'a pas constaté que le pariétal droit s'engageait le premier dans l'excavation et qu'il n'a pas non plus constaté sur cet os la trace d'une bosse séro-sanguine, signe du début du travail, tandis qu'il l'a trouvée sur le vertex; et il ne l'a jamais constatée sur le pariétal qu'à la fin du travail. Pour lui, il soutient que les axes du bassin, de l'utérus et du fœtus coïncident l'un avec l'autre, au point de vue pratique. Quant aux sections cadavériques, auxquelles M. Barnes fait allusion, elles ne représentent pas exactement ce qui se passe dans la vie. Pendant les contractions du travail, l'utérus se soulève au point que son axe vient coïncider avec celui du détroit supérieur.

M. Galabin a souvent eu l'occasion d'observer l'obliquité de Nœgelé, non dans les accouchements faciles, mais dans ceux où, bien qu'il n'y eût pas de vice de conformation, la tête rencontrait une résistance considérable. Il ne comprend pas comment M. Barnes peut considérer l'obliquité postérieure de l'utérus comme aidant à produire l'obliquité de Nœgelé, car, à son point de vue, elle tendrait plutôt à produire le contraire de l'obliquité de Nœgelé. Mais il ne croit pas que cette obliquité postérieure de l'utérus soit aussi marquée qu'elle le paraît sur les sections cadavériques.

M. Champneys se range à l'opinion de M. Galabin, à savoir que l'effet de l'obliquité postérieure de l'utérus serait de déterminer le contraire de l'obliquité de Nœgelé. Il fait remarquer que l'état connu sous le nom d'abdomen pendulum est généralement connu comme une cause déterminant l'exagération de l'obliquité de Nœgelé. Comment alors deux états opposés pourraient-ils produire le même effet ?

M. Barnes soutient que la courbe du promontoire est importante

dans les accouchements normaux et anormaux, la différence n'étant qu'une question de degré. Il est nécesaire, pour le synclitisme, que les axes de l'utérus, du fœtus et du détroit supérieur coïncident de la façon la plus absolue et non pas seulement au point de vue pratique, car la plus faible déviation suffirait à produire l'obliquité de la tête. Pour lui, les sections cadavériques sont la représentation exacte de la nature. Il a observé bien des cas de travail avec le plus grand soin et il a constaté la présence de l'obliquité de Nœgelé dès le début du travail. Paul Rodet.

Séance du 9 janvier 1884.

Hystérectomie. — M. Knowsley-Thornton présente un utérus hypertrophié, entouré de fibromes multiples; l'ovaire droit et la trompe ont contracté des adhérences; on voit également sur cette pièce une portion calcifiée d'un fibrome, du volume d'une tête fœtale, que l'on a dû énucléer pour pouvoir appliquer le serre-nœud.

La malade qui portait ces tumeurs était une fille de 55 ans, chez laquelle l'ablation avait été jugée nécessaire, en raison d'hémorrhagies successives et du rapide développement des fibromes.

Hematosalpinx. — M. Knowsley-Thornton présente également les ovaires et les trompes provenant d'une femme mariée, âgée de 29 ans. Cette malade avait eu des hémorrhagies répétées, puis l'on constata la présence de tumeurs à gauche et à droite de l'utérus. On enleva ces tumeurs et l'on reconnut qu'elles étaient constituées par les trompes, remplies d'un sang noir et très adhérent. On y trouva également un kyste ovarien avec une production papillomateuse au début de son développement.

Lorsque l'on eut enlevé les parties malades, l'écoulement cessa graduellement, et la malade se porta bien.

Hématocèle pelvienne produite par une affection maligne du péritoine. — M. Playfair présente une pièce provenant d'une jeune fille de 16 ans, chez laquelle il a enlevé une tumeur ovarienne, au mois d'avril 1883.

Au mois de novembre, elle entra à King's College Hospital, avec les symptômes et les signes d'une hématocèle rétro-péritonéale, assez volumineuse pour comprimer l'intestin et y déterminer de l'obstruction. On fit d'abord l'aspiration de la tumeur, puis on l'incisa et on y ap-

pliqua un drain, ce qui fût suivi d'un soulagement aussi immédiat que temporaire.

A l'autopsie, on trouva le péritoine tout parsemé de masses cancéreuses, dont l'une s'était rompue et avait causé l'hémorrhagie. On ne trouva aucune trace de la ligature faite lors de l'ovariotomie.

L'auteur ne connait pas d'observations d'hématocèle reconnaissant cette cause.

Observations sur les températures puerpérales. — M. E.-S. Tait lit un mémoire sur ce sujet. Les malades qui ont fait l'objet de ses observations étaient toutes à l'hôpital pour les femmes en couches ; il y en avait 60 primipares et 65 multipares.

Il a constaté qu'après l'accouchement, c'était, le plus souvent, le troisième, puis le quatrième, et enfin le second jour, que la température atteignait son maximum. Dans 25 cas, le maximum fut atteint à la seconde semaine ; mais cela dépendait de causes nerveuses. Les déchirures du périnée semblent être sans influence sur le jour où la température doit atteindre son maximum. Il en est de même quand le travail nécessite une intervention de la part de l'accoucheur. Ces températures moyennes ont été plus basses quand il n'y a pas eu de déchirures que dans le cas contraire.

Chez les primipares, il semble que la lacération des lèvres ou les déchirures profondes du périnée, ainsi que l'emploi du forceps, peuvent déterminer une élévation de température ; tandis que ce fait n'a pas lieu chez les multipares. Les déchirures du périnée légères n'affectent la température que d'une façon très faible. L'introduction dans l'utérus de la main, enduite d'une préparation phéniquée, pendant la troisième période du travail, n'affecte pas la température moyenne.

Dans 6 cas, il y a eu des rash d'urticaire ou d'érythème sans influence sur la température. Celle-ci a été plus élevée vers le soir et plus basse vers le matin. Quand la température de 10 heures du soir était plus élevée que celle de 6 heures du soir, on a remarqué que cela coïncidait souvent avec la présence d'un état inflammatoire.

Il arrive fréquemment que la température s'élève sans qu'une cause physique puisse être invoquée pour expliquer le phénomène ; cependant on a souvent constaté, dans ces cas, qu'il y avait eu un trouble apporté dans le système nerveux, par une cause telle que le froid, une mauvaise nouvelle, etc.

M. Routh dit qu'en état de maladie, la température pourrait être de 3 degrés plus élevée dans le vagin que dans l'aisselle, et que, dans

l'état puerpéral, si l'on n'applique pas le thermomètre dans ces deux endroits, on s'expose à des erreurs.

M. John Williams est d'avis que M. Tait a établi les deux faits suivants : que les températures élevées étaient plus fréquentes quand il y avait des déchirures du périnée, et que ces températures élevées étaient dues souvent à l'état nerveux des accouchées. On a souvent prétendu que les lacérations du col étaient une cause de fièvre ; quant à lui, il les considère comme produisant rarement ce résultat. Il est important de ne ne pas oublier les rapports de la fièvre et des écoulements fétides ; très souvent la fétidité survient après la fièvre, ce qui permet de croire qu'elle en est l'effet et non la cause.

M. Galabin pense qu'il serait intéressant de comparer les températures observées dans la pratique privée et celles prises à l'hôpital. Pour lui, il croit que le degré de température n'est pas si élevé que l'a rapporté M. Tait. Il doute que, dans les cas d'élévation de température, due à des causes nerveuses, celles-ci ne soient pas associées à un autre facteur, tel qu'un trouble de nature septique. Il cite une observation à l'appui de son dire.

M. Graily Hewitt est d'avis qu'il faut considérer comme très importants les faits d'élévation de température dus à des causes émotives Il en cite une observation. Pour lui, il suppose qu'il y a un relâchement temporaire de l'utérus, et, par suite, absorption de matière septique.

Tous les faits qu'il a observés tendent à le confirmer dans cette idée, que la matière septique était absorbée avant que la fièvre n'apparût.

M. Daly croit que l'écoulement fétide précède et cause la fièvre. C'est ce que prouve l'effet produit par le traitement. Il pense qu'en règle générale, la température est plus élevée à l'hôpital qu'en ville.

M. Playfair a très souvent observé, dans sa pratique privée, des cas de température élevée qui rentrent tout à fait dans la catégorie des causes attribuées par M. Tait aux troubles émotifs. Il est important de ne pas les confondre avec les pyrexies plus sérieuses de nature septique.

M. Godson cite un cas de pyrexie due à une cause émotive. Il considère comme exceptionnelle l'apparition du frisson avant l'élévation de température résultant de cette cause.

M. Priestley dit que les observations de pyrexies dues à des causes

émotives démontrent l'importance qu'il y a à préserver les femmes en couches, non seulement contre les influences physiques, mais aussi contre tout ce qui pourrait apporter une perturbation dans l'état mental. Elles nous font voir également que l'élévation de température constitue seulement un élément isolé au milieu d'autres symptômes, et que, lorsqu'elle n'est pas accompagnée de frisson, de sensibilité abdominale et d'autres signes, elle n'est pas l'indice d'un danger imminent.

M. Matthews Duncan appelle l'attention sur l'importance des tracés pris régulièrement, et il est convaincu que, dans la pratique privée, on observe d'aussi grandes variations qu'à l'hôpital. Il est tout à fait opposé à la théorie qui consiste à faire de la fièvre la cause de la fétidité de l'écoulement.

La putridité en elle-même n'est pas l'élément le plus nuisible de la matière infectieuse. L'infection par la putridité commence avec l'absorption du poison et cesse quelques heures après l'arrêt de l'écoulement.

M. Champneys dit que, vers le troisième jour, époque où la montée du lait, l'état des intestins et les lésions existantes se réunissent pour faire élever la température, le diagnostic était très difficile, sinon impossible. Bien que ses observations soient peu nombreuses, elles lui ont démontré que, quand la température était prise régulièrement et fréquemment, le degré en était aussi élevé à l'hôpital qu'en ville. Ce qui prouve que les températures nerveuses ne sont pas d'origine septique, c'est que l'élévation ne dure que quelques heures et qu'il n'y a pas infection de la malade. La mortalité, dans les maternités bien tenues, devient moindre qu'en ville.

M. Wyn Williams prétend que, se trouvant en contact avec une plaie, la matière septique est absorbée, et qu'il y avait ensuite des frissons avec abaissement de température.

M. Gervis dit que, d'après son expérience dans la pratique privée et les observations faites à la Maternité de l'hôpital Saint-Thomas, la température moyenne dans la pratique privée n'est pas si élevée que dans les cas de M. Tait. Il comprendrait parfaitement que, dans les cas où l'infection vient du dehors, l'écoulement fétide dû à l'endométrite devrait suivre et non précéder la fièvre.

M. Tait dit que si l'on a observé des températures plus élevées à l'hôpital qu'en ville, cela tient à ce que l'on prenait la température plus souvent et plus régulièrement dans le premier cas. Pour lui, *la*

théorie de M. Hewitt, au sujet des températures nerveuses, tombe devant ce fait, que l'élévation et la chute sont très rapides. Dans la plupart des cas, la malade se sent bien et n'a pas conscience de l'élévation de température qui passe inaperçue si l'on n'applique pas le thermomètre.

Paul RODET.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE.

Séance du 1er *novembre* 1883. Présidence du Dr A. CLEEMANN.

Le Dr BAER rapporte les cas suivants :

Accouchement au forceps; cinquième position.— Mme H..., 43 ans, primipare, est en travail depuis trente-six heures, le Dr X... appelle Baer pour faire la craniotomie. Lorsque l'auteur arrive auprès de la parturiente, il trouve les parties sèches et rigides, il n'entend le cœur fœtal que dans la région lombaire gauche, il diagnostique la cinquième position de Baudelocque, une occipito-postérieure gauche. Le levier n'ayant pas réussi à produire la rotation de la tête, Baer fit, avec quelque peine, une application du forceps de Simpson, laissant tourner l'instrument à mesure que la tête tournait elle-même, et, au bout de deux heures d'un dur travail, réussit à obtenir la rotation désirée, puis il retira le forceps. Voyant que la tête ne venait pas sans aide il réappliqua l'instrument pour faire l'extension de la tête, et obtint un gros enfant, qui, lui dit-on, pesait 12 livres, sans déchirure du périnée. L'intérêt de cette observation git dans l'âge de la parturiente et dans la position de l'enfant.

Présentation du tronc, procidence du bras, versionpodalique.— La parturiente n'avait que 16 ans, et n'en paraissait que 12; elle était en douleurs depuis vingt-quatre heures. Baer, par le palper, reconnut la tête dans une des fosses iliaques, le siège dans l'autre. Les bruits du cœur s'entendaient faiblement à droite. Baer rompit la poche et rencontra l'épaule et un bras qui allait passer dans l'orifice, et il fit la version podalique, préférablement à la version céphalique, pour ne pas avoir à appliquer le forceps. Le corps sortit lentement, le vagin étant étroit; l'occiput tourna en avant, mais la manœuvre ordinaire ne put amener la flexion de la tête. Baer fit une application de forceps, et, amenant fortement les manches de l'instrument en avant

avec le corps du fœtus, il obtint un enfant vivant, sans déchirer le périnée.

Il se produisit une hémorrhagie assez abondante, dont l'auteur triompha par l'injection intra-utérine d'une demi-once de vinaigre pur. Cette méthode, chaudement recommandée par le professeur Penrose, ne saurait être trop louée, d'après Baer.

Présentation du bras ; version podalique. — Baer fut appelé par le Dr X... auprès d'une fille de 23 ans. Le Dr X..., cherchant à faire la version, avait amené le bras au dehors. L'utérus était fortement contracté sur le fœtus ; n'étant pas certain que l'enfant eût succombé, Baer essaya la version, il saisit le pied le plus élevé, le gauche, et, malgré la manœuvre extérieure faite dans le but d'agir sur le pôle céphalique du fœtus, le bras procident s'engageait, à chaque effort de traction, sur le pied. Enfin, il amena le membre inférieur au dehors et le confia au Dr X... qui continua les tractions, pendant que Baer refoulait le bras. Enfin, l'enfant put tourner et vint au monde mort.

Légère déchirure, pas assez profonde pour exiger une suture.

Présentation du siège. — Baer fut appelé par le Dr W.-L. *Taylor* pour une primipare âgée de 35 ans, chez laquelle le siège se présentait en S. I. G. P. Les membranes étaient rompues depuis douze heures. Des tractions sur la cuisse furent inutiles. Baer fut obligé d'introduire la main dans l'utérus, pour aller chercher le pied, il trouva les jambes étendues, enfin il atteignit un pied, obtint la flexion de la jambe et fit l'extraction d'un fœtus mort depuis plusieurs heures.

Convulsions puerpérales. — Une fille de 18 ans, pâle et bouffie, entre à la Maternité le 21 octobre. L'urine renferme beaucoup d'albumine, et des cylindres épithéliaux ; la vulve est tellement œdémateuse que la marche est difficile.

Le traitement consista en digitale, laxatifs, bains chauds et bonne nourriture. Le 20, craignant que l'œdème ne gênât l'accouchement, Baer fit une douzaine de mouchetures sur les lèvres ; il s'écoula une grande quantité de liquide, et leur volume diminua de moitié. Le travail commença dans la nuit et se termina normalement. Le 21, à 9 heures, première crise, suivie bientôt de trois autres. A 10 heures, Baer tira 16 onces de sang. La saignée parut n'avoir aucun effet sur les convulsions. On administra, par la bouche, 15 milligrammes d'élatérium, et, par le rectum, 1 gramme de chloral et 2 grammes de bromure. Cependant les convulsions se répètent, tant que la malade n'est pas sous l'influence du chloroforme. A 11 heures 30, Baer

injecte sous la peau 4 centigrammes de sulfate de morphine. A 2 heures, nouvelle crise légère. A 2 heures 30, crise plus forte, nouvelle dose égale de morphine.

Dès lors, plus de convulsions. Nouvelle dose d'élatérium et administration rectale de diurétiques alcalins. Plusieurs selles, urine abondante, se solidifiant à l'examen, et renfermant un si grand nombre de cylindres, que le diagnostic parait très grave. La malade recouvra sa conscience au bout de trois jours, après avoir eu des moments de délire et de manie aiguë. On lui donna de nouveau de la digitale, puis de l'ergot et de la quinine, du lait et du thé de bœuf. Elle va, dit l'auteur, quitter l'hôpital demain.

Convulsions puerpérales. — Baer fut encore appelé par le Dr Deaver, pour une fille de 18 ans, primipare, qui avait de l'éclampsie. La tête se présentait en O. P. Le premier accès se produisit après que la tête eut franchi le détroit supérieur. Deaver fit aussitôt une saignée abondante ; une seconde crise arriva peu après malgré le chloroforme, et le chloral donné par la bouche. Lorsque Baër arriva près de la malade, elle avait eu trois crises, et était sous l'influence de l'anesthésique. Il plaça le forceps et délivra, occiput en arrière, n'ayant pu produire la rotation. Une convulsion violente se produisit. Baër injecta près de 4 centigrammes (2/3 de grain) de morphine sous la peau. La malade se rétablit sans rechute. Rien n'indiquait une maladie des reins. L'auteur croit que la morphine à haute dose est un des remèdes les plus efficaces contre l'éclampsie. Baër donnera 6 centigrammes de morphine dans les mêmes cas qu'il aura à traiter.

Le Dr Elliot Richardson croit que le degré de dilatation du col est très important dans la question de la version, pour les présentations de l'épaule. Le fœtus qui se présente en travers ne peut pas descendre, et, à mesure que le col se dilate, il remonte sur le cou et le thorax du fœtus, produisant ainsi sur le vagin une tension longitudinale qui étrécit ce canal. Toute tentative brusque et forcée de dilatation du vagin, dans cette condition, expose à une déchirure. L'étroitesse du col, dans le cas de Baër, constituait une condition favorable pour la version. Les Américains et les Allemands diffèrent beaucoup dans le traitement des convulsions puerpérales. Carl Braun déconseille fortement la saignée et recommande le chloroforme, l'acide benzoïque et l'acide nitrique, à cause de leur action sur les reins. Pour lui, la médication principale est de laisser la femme en repos

Le Dr W. F. TAYLOR croit que si, dans le cas II, on avait employé la méthode de Wright (de Cincinnati) pour la version céphalique, on aurait évité les difficultés et les dangers de la version par les pieds.

Il croit qu'il faut saigner, dans l'éclampsie, et donner de fortes doses de chloral par le rectum. Il faut donner de l'opium avant de saigner.

Le Dr Alfred WHELAN a réussi dans un cas en administrant 15 milligrammes de nitrate de pilocarpine par la peau. Pour lui, les effusions séreuses, qu'on a trouvées après l'administration de ce médicament, sont attribuables à la tension artérielle causée par les convulsions.

Le Dr R. A. CLEEMANN croit que le traitement varie avec les cas, chacun ayant ses succès et ses revers. Il faut toujours saigner pour soulager la tension vasculaire qui est une source de grand danger.

Le Dr B. TRAUTMANN a soigné une primipare phthisique qui avait des convulsions ; il la saigna, lui fit prendre du calomel, du chloral et de la pilocarpine, elle succomba. Une autre malade avait une urine renfermant 50 0/0 d'albumine et des cylindres, elle n'eut pas de convulsions. Quelle est la relation qui unit l'albuminurie et les convulsions? La convulsion a-t-elle son origine dans le système nerveux, et l'albumine en est-elle la suite ?

Le Dr H.-F. BEATES : La présence de l'urée dans le sang est généralement considérée comme l'agent principal, et la plupart des traitements tendent à son élimination. Pour agir dans ce sens, la saignée doit être copieuse ; si on la fait abondante et promptement, elle aura un bon effet; la pilocarpine agit comme éliminateur de l'urée par la peau et soulage ainsi les reins. Sur deux cas, il a eu deux succès par ce traitement.

Le Dr Philip-M. SCHIEDT a soigné récemment une primipare de 25 ans, qui avait des convulsions depuis quatre heures ; on lui avait donné beaucoup de chloral et de bromure, mais sans effet, une injection de près de 5 centigrammes (3/4 de grain) de sulfate de morphine amena un prompt soulagement, quoique la malade fût pléthorique, il ne fut point nécessaire de la saigner après la morphine.

Le Dr BAER, dans son cas II, a pensé que la version podalique serait plus rapide que la version céphalique. L'élimination n'est pas une méthode utile dans l'éclampsie. Il faut d'abord arrêter les convulsions, puis éliminer, si cela est nécessaire. A quoi sert, à ce point de vue, la soustraction de vingt onces de sang? La plupart de ces ma-

lades n'ont pas de sang à prodiguer. Les attaques sont névrosthéniques dans leur origine. Penrose disait : Saignez! saignez! saignez! Tout cas suffisamment saigné guérit; tout cas non saigné meurt. Carson, qui lui succéda, disait tout juste l'opposé.

Baër a craint la pilocarpine, parce que, une fois administrée, on ne peut plus diminuer son effet, il ne croit pourtant pas qu'on puisse lui attribuer les effusions; elles sont dues aux convulsions. L'injection hypodermique de morphine est le remède des convulsions. Les remèdes introduits par la bouche ou par le rectum ont un effet lent et incertain, à cause de la lenteur de l'absorption du canal digestif.

A. Cordes.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON.

Séance du 25 *mai* 1882. Présidence du Dr Busey.

Le Dr Acker lit un mémoire sur la **rétention du placenta après l'avortement.**

Il raconte le cas d'une femme qui avorta il y a trois mois; depuis cette époque elle eut de fréquentes hémorrhagies, qui ne cédèrent que temporairement aux remèdes. Il dilata le col avec une éponge, et, introduisant son doigt dans l'utérus, il trouva un « polype fibrineux » fortement adhérent au voisinage de l'orifice interne. L'extraction de ce corps fut malaisée; l'hémorrhagie fut arrêtée par l'application du persulfate de fer. La malade se remit peu à peu. Un autre avortement expulsa des jumeaux; deux ans plus tard, nouvelle fausse couche sans métrorrhagie. Acker remarque que, lors même que le délivre peut être retenu quelquefois assez longtemps sans danger, dans d'autres cas les malades meurent d'hémorrhagie à répétition, ou restent avec des inflammations pelviennes. Il conclut donc que « le traitement qui donne les meilleurs résultats est d'évacuer l'utérus au plus tôt. »

Le Dr Fry dit qu'aucun auteur moderne n'a donné l'avis d'enlever le placenta aussitôt après l'avortement. Lusk a été tout près de le conseiller. Dans la plupart des articles modernes des journaux, on recommande l'extraction immédiate de l'arrière-faix. Les dangers reconnus sont : l'hémorrhagie immédiate ou secondaire, la septicémie,

qui peut paraître entre douze et quarante-huit heures, et l'inflammation locale ou diffuse. La phlegmatia dolens et la chorée ont aussi été attribuées à la rétention du délivre.

D'après Barker, il meurt plus de femmes par hémorrhagie après l'avortement qu'après un accouchement à terme. Quelques accoucheurs recommandent de ne pas s'occuper de l'arrière-faix. Dans une discussion qui a eu lieu à la Société obstétricale de New-York, l'avis général a été d'extraire immédiatement les membranes et le placenta, et la réponse à une circulaire adressée aux membres de l'Association médicale du Maine a été presque unanimement la même. Barker conseille les injections vaginales d'eau chaude. Harrisson recommande les injections intra-utérines chaudes, aussi Fry emploie la curette, puis les injections intra-utérines d'iode. Il se sert aussi souvent de la pince à forcipressure, sans inconvénient. Lusk n'introduit pas d'instruments dans l'utérus; il abaisse l'utérus par une forte pression et enlève avec son doigt les corps étrangers. Simpson, en 1876, conseillait l'extraction digitale; il saisissait la lèvre antérieure du col avec une pince à griffes et amenait l'utérus en bas. Pour faciliter l'extraction Barker se sert d'une curette en fil métallique.

Le Dr Hagner parle des cas où l'hémorrhagie se produit longtemps après que le placenta a dû être expulsé. La perte est due, d'après lui, à ce que la surface sur laquelle le placenta était inséré a pris un état fongueux, semblable à celui d'une plaie en granulation. Puisque la moindre cause peut amener une hémorrhagie, il faut interdire le coït avant que l'utérus ait repris son état normal. Les applications d'acide nitrique, de nitrate d'argent, de perchlorure de fer, etc., lui ont rendu service contre les granulations. Il est partisan de l'enlèvement rapide des membranes.

Le Dr Smith divise les cas de rétention en deux clases. Si l'hémorrhagie se produit aussitôt après l'avortement, Smith introduit le doigt dans l'utérus abaissé par l'autre main et enlève les secondines.

Si la manœuvre est trop douloureuse, il éthérise. S'il le peut, il examine soigneusement toute la cavité utérine. Lorsque la perte paraît par intervalle plus ou moins longtemps après la sortie du fœtus, il faut, le plus souvent, pour cette extraction, dilater le col avec une éponge. Il proteste contre l'introduction des instruments dans l'utérus, la croyant dangereuse; il n'a jamais eu à regretter d'avoir agi ainsi.

Le Dr MAGRUDER connait un cas où l'introduction d'une éponge a causé la mort par tétanos. Il fait aussi l'extraction digitale.

Dans la séance du 1er juin 1883, la discussion continue. Le Dr J.-T. JOHNSON approuve la pratique du Dr Acker. Contrairement au Dr Smith, il croit que les instruments appropriés et pratiqués habilement ne présentent pas les dangers de la méthode de Smith, de l'éponge et de l'anesthésie. Il n'est pas toujours possible d'introduire le doigt dans l'utérus.

La curette mousse ne présente pas de danger, et Johnson connait des cas nombreux où elle a fait du bien. Il n'approuve pas l'emploi de la pince.

Le Dr SMITH, depuis la dernière réunion, a eu l'occasion de pratiquer sa méthode. La malade avait avorté et perdait depuis trois semaines; elle avait eu plusieurs frissons. L'utérus, antéfléchi, était douloureux à la pression. Smith tamponna et donna de l'ergot. Le lendemain matin, il plaça une éponge et put, le soir, introduire le doigt dans l'utérus et enlever le délivre. La malade va bien.

Le Dr ACKER remarque que la plupart des praticiens tendent à temporiser; il en a entendu un dire qu'il a laissé un placenta six mois dans la matrice. Maine emploie la curette, détache l'arrière-faix, puis l'extrait avec la pince (1). Acker recommande la prudence dans l'emploi des instruments. (*Am. Journ. of Obst.* 1884, p. 73.) A. CORDES.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ANALYSE DES COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES, POUR L'ANNÉE 1882.

I. — **Notes sur l'opération d'Emmet**, par W. PLAYFAIR. — Les gynécologistes américains ont tellement écrit sur l'importance de cette restauration utérine au point de vue de la santé de la femme, qu'il suffira d'en donner des extraits. Cette opération, qui se pratique sur

(1) Dans un article (*Am. J. of Obst.*, p. 142, février 1881), Munde a affirmé sa confiance dans l'enlèvement immédiat des secondines, avec le doigt, si possible, ou avec la longue curette mousse et la forme plate. Il préfère le tupelo à l'éponge, comme plus sûr et moins dangereux.

une vaste échelle en Amérique, est encore une nouveauté en Angleterre où elle n'a été accueillie qu'avec les plus grandes réserves, de même qu'en France, du reste. Cela tient à ce que bien souvent on y a eu recours sans que le besoin s'en fît sentir, ce qui fait qu'il s'est produit une espèce de réaction qui tend à combattre l'opération, même quand elle peut être utile.

Le Dr Playfair s'exprime ainsi : « Il y a dix-huit mois j'étais dans la situation où certainement la plupart d'entre vous se trouvent aujourd'hui.

« Je connaissais les travaux d'Emmet, de Thomas, de Goodell, de Mundé et autres sur la trachélorrhaphie, mais je ne voulais pas reconnaître que depuis longtemps je comprenais mal l'indication précise de cette opération, et j'en considérais les résultats donnés par les statistiques comme exagérés, ce qui me faisait concevoir de fortes préventions contre cette nouveauté. Mon attention ayant été attirée de ce côté, je me servis du spéculum en bec de canard et du ténaculum, et je dus bientôt reconnaître que les faits qui servaient de base à l'opération existaient bien réellement, mais que les lacérations se rencontraient cependant bien moins fréquemment que ne le prétendaient les Américains. Cependant je restais toujours sous le coup de mes préjugés, et je ne voulais pas me décider à tenter l'opération. A peu près vers cette époque, une malade qui venait me consulter de temps en temps, et qui se trouvait tantôt bien, tantôt mal, mais jamais tout à fait bien, alla en Amérique. Elle y consulta un médecin qui pratiqua la trachélorrhaphie et elle revint au bout de quelques mois avec un col en apparence virginal, et tous les symptômes qu'elle éprouvait autre fois étaient complètement disparus et ne se montrèrent plus depuis cette époque. Ce cas me décida, je me procurai les instruments nécessaires, et depuis j'ai pratiqué l'opération environ vingt fois, ce qui m'amena à reconnaître que les opinions d'Emmet reposaient en réalité sur une base certaine et que, si l'opération est en ce moment surfaite en Amérique il est incontestable qu'elle permet de guérir bien des cas incurables. »

Relativement à cette opinion, soutenue par beaucoup de gynécologistes, que l'existence d'une lacération unilatérale du col prédisposait au développement de l'épithélioma, le Dr Playfair dit : « Je vis un jour en consultation une malade qni présentait une lacération unilatérale du col et je fis remarquer que si cette femme eût été en Amérique, on l'eût certainement opérée. Je n'entendis plus parler de

cette malade jusqu'au mois de mai de cette année, où elle me fit appeler, parce qu'elle avait eu récemment une métrorrhagie, et, en l'examinant, je trouvai la portion du col, où existait la lacération occupée par une masse épithéliomateuse du volume d'un œuf de canard. Je le soulevai et cautérisai la base de la tumeur avec du chlorure de zinc ; jusqu'à présent il n'y a pas apparence de récidive. Si l'on rapproche ce cas de la théorie à laquelle je viens de faire allusion, on ne peut s'empêcher de le trouver intéressant. Si je rencontrais un cas pareil aujourd'hui, je pratiquerais certainement la trachélorrhaphie et je sauverais peut-être la malade de risques plus grands. »

La discussion qui suivit cette communication fit voir qu'il existait de grands préjugés contre cette opération. Le Dr Matthews Duncan fut un de ceux qui la combattirent le plus ardemment.

II. —**Utérus arraché par une sage-femme dans un cas de rétention du placenta avec guérison de la malade.** — Le Dr HOPKINS WALLERS rapporte ainsi les caractères anatomiques de la portion enlevée :

« En avant, la séparation entre l'utérus et le vagin a été effectuée à leur ligne de jonction, et le cul-de-sac vésico-utérin du péritoine a été arraché obliquement du côté gauche près de la paroi utérine, et à droite à 37 millimètres de son attache à l'utérus ; à ce niveau pendent des lambeaux de péritoine de 13 centimètres de long qui faisaient partie probablement du revêtement péritonéal de la vessie. En arrière, un lambeau semi-circulaire de la paroi vaginale postérieure de 35 millimètres de long restait attaché à l'utérus. Au niveau de l'union de celle-ci avec le col, on voyait une plaie et une lacération partielle, comme si un doigt avait pénétré à travers la paroi vaginale en ce point. Le cul-de-sac utéro-rectal du péritoine était détaché le long de la paroi utérine.

« A gauche de l'utérus on trouvait un morceau de 12 millimètres du ligament de l'ovaire, un de 25 millimètres de la trompe, et environ 10 centimètres du ligament rond; la plus grande partie du ligament large et de la trompe, ainsi que de l'ovaire, était restée, dans l'abdomen.

« Sur la trompe droite, on trouvait le ligament large entier; il avait été arraché de ses attaches pelviennes et renfermait 11 centimètres de ligament rond ainsi que la trompe et son pavillon. L'utérus était bien contracté et vide; le placenta ayant été expulsé durant les manipulations de la sage-femme. »

III. — **Enlèvement des annexes de l'utérus.** — M. Lawson Tait rapporte dix-huit observations dans lesquelles il a pratiqué cette opération sans avoir une seule mort dans l'espace de sept mois. Les maladies qui ont nécessité cette opération sont les suivantes : une double hydrosalpingite dans cinq cas; une double pyosalpingite dans neuf cas ; une hydrosalpingite de la trompe droite accompagnée d'une pyosalpingite de la trompe gauche dans deux cas; ovarite chronique avec adhérence des annexes aux culs-de-sac dans deux cas. Dans la plupart des cas la menstruation était profuse, et dans deux d'entre eux elle était ménorrhagique. Chez quatorze malades, l'âge variait de 28 à 38 ans, et chez les quatre autres, de 43 à 69 ans.

IV. — **Cloison transversale du vagin.** — Dans une de ces observations, rapportée par M. Gervis, la cloison était perforée; dans l'autre, rapportée par M. Matthews Duncan, elle était imperforée. Dans le cas de M. Gervis, le vagin paraissait se terminer en un cul-de-sac à 5 centimètres de la vulve, et le liquide menstruel semblait sortir par un petit orifice situé sur la gauche d'une cloison d'environ 3 centimètres d'épaisseur. Dans le cas de Duncan la cloison était imperforée et était repoussée en bas contre l'hymen par une accumulation du liquide menstruel, formant une tumeur convexe hors de la vulve. Dans les deux cas l'hymen était annulaire et bien limité. On opéra les deux avec succès à l'aide du thermocautère ; dans le second cas on retira près d'un litre et demi de sang. On n'exerça aucune pression sur l'abdomen et l'on ne fit aucune injection vaginale. Jamais le liquide menstruel ne présenta la moindre odeur. Dans le cas de Gervis les règles étaient douloureuses, et l'on trouva cependant une certaine quantité de sang retenu en arrière de l'obstacle et le col était érodé. Un traitement local fit disparaître ces érosions, ainsi qu'une leucorrhée qui existait.

V. — **Grossesse tubo-utérine**, par M. Alban Doran. Il rapporte cinq observations :

Cas I. — Femme de 32 ans, mère de deux enfants. Le kyste se rompt à environ deux mois; la femme meurt au bout de douze heures.

Cas II. — Kyste de même caractère que le précédent. Rupture et mort à deux mois.

Cas III. — Rupture du kyste quand le fœtus mesurait 10 centimètres.

Cas IV. — Rupture à quatre mois.

Cas V. — Rupture à sept semaines, la femme meurt d'hémorrhagie au bout de vingt-quatre heures.

La grossesse interstitielle se termine généralement par la mort au second ou au troisième mois, comme dans les deux premiers cas. La tendance à une rupture prompte du kyste est une des grandes difficultés dans le diagnostic. Cette rupture est due à la minceur des parois kystiques vers la face postérieure ou péritonéale.

VI. — **Sur le diabète puerpéral**, par Matthews Duncan. — Le vrai diabète s'observe rarement en même temps que la grossesse parce que les diabétiques sont généralement stériles; mais la maladie peut faire son apparition pendant un état de grossesse, après l'accouchement ou pendant la lactation et progresser jusqu'à amener la mort. L'auteur rapporte à l'appui l'observation de quinze femmes qui ont eu vingt-deux grossesses. Une femme devint enceinte trois fois, ce qui est exceptionnel, elle avorta toujours au quatrième et cinquième mois, et mourut à la troisième fois. Ces quinze femmes étaient âgées de 21 à 38 ans et étaient toutes multipares, excepté une seule. Chez plusieurs, la mort arriva dans le collapsus. Sur les vingt-deux grossesses, quatre eurent une terminaison fatale après l'accouchement. Une quantité excessive de liquide ammiotique se rencontre souvent et dans un cas on a trouvé du sucre dans ce liquide. Dans sept cas, sur dix-neuf grossesses survenues chez quatorze personnes, le fœtus mourut après avoir atteint l'âge viable et avant le travail, et dans deux cas les enfants étaient débilés et moururent quelques heures après leur naissance.

Dans un cas le fœtus était diabétique.

L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Le diabète peut survenir pendant la grossesse ;

2° Le diabète peut survenir seulement dans l'état de grossesse et ne pas exister en dehors de cet état;

3° Le diabète peut cesser en même temps que la grossesse et réapparaître au bout de quelque temps ;

4° Le diabète peut se montrer peu après l'accouchement ;

5° Le diabète peut ne pas survenir dans une grossesse qui a lieu après la guérison de la maladie ;

6° La grossesse peut se produire dans le cours du diabète;

7° La grossesse et l'accouchement peuvent ne pas être influencés dans leur marche par le diabète ;

8° La grossesse peut être interrompue dans son cours probablement par la mort du fœtus.

Ce travail, du Dr Duncan, contribuera beaucoup à faire reconnaître que le vrai diabète accompagne la grossesse plus souvent qu'on ne le supposait.

VII. — **Traitement de l'hémorrhagie post-puerpérale par les injections d'ergotinine**, par le Dr Chahbazian. — On croit que l'ergotinine est le principe actif de l'ergot dans lequel elle se trouve en faible proportion. La dose d'un demi-milligramme suffit à faire contracter l'utérus au bout de cinq minutes. L'auteur rapporte douze cas pour montrer l'efficacité du remède dans le cas de relâchement de l'utérus et d'hémorrhagie post-puerpérale. Dans plusieurs de ces cas, l'ergot, administré par l'estomac, avait échoué.

VIII. — **Epithélioma du col compliquant la grossesse ; opération césarienne**, par Edis. — La femme fut opérée au bout de dix-sept heures et demie de travail. L'utérus fut suturé à l'aide de fil fait avec des intestins de poisson. La mère a guéri et l'enfant est vivant. L'auteur fait observer qu'en Angleterre on compte un bien plus grand nombre de guérisons par l'opération césarienne dans les cas de cancer de l'utérus que dans toute autre forme d'obstacle à l'accouchement.

Paul Rodet.

REVUE DES JOURNAUX

Mensuration du pied du fœtus, traitement des présentations du siège, par Gonner, de Bâle. (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, IX, 2.) — L'auteur se plaint de ce que la plupart des traités d'obstétrique n'insistent pas suffisamment sur les difficultés de l'extraction dans les présentations du siège. Nous avons des méthodes qui nous permettent d'apprécier assez exactement les dimensions du bassin et de la tête, mais aucun ne nous permet de nous former une idée approximative sur le volume du fœtus avant sa naissance. Le compas d'épaisseur (*Tasterzirkel*) d'Ahlfeld ne donne pas de mesures exactes. Gonner a donc eu l'idée de mesurer les pieds de 100 fœtus, nés à la clinique de Bâle en 1881. Il s'est servi pour cela d'un instrument de bois semblable à celui des cordonniers, ou au pelvimètre de Coutouly. Il a

trouvé qu'un pied de 8 centimètres indiquait que l'enfant pèse 3 kilos à peu près. Au delà de 8 centimètres, le fœtus dépasse la moyenne, et on peut s'attendre à des difficultés dans l'extraction. Il va de soi que la longueur du pied ne donne aucune indication des difformités fœtales, telles que l'hydrocéphalie. Un pied de moins de 73 millimètres suppose un fœtus avant terme. Les différences étant très minimes, les mesures doivent être prises avec le plus grand soin.

Gonner n'insiste pas sur les différences qu'il a trouvées entre les pieds des fœtus mâles et femelles; elles n'ont pas d'importance au point de vue obstétrical. A égalité de longueur, les filles sont plus lourdes.

La profession des parents a quelque influence et les races doivent en avoir aussi sur le volume des pieds et des mains des produits. (*Am. Journ. of. Obst.*, 1854, p. 94.)

L'hystérie et son traitement, par Liebermeister (de Tübingue). — Les résultats à la clinique de Tübingue ont été très favorables. L'auteur définit l'hystérie « une maladie psychique »; elle atteint principalement les fonctions psychiques inférieures ; celles de l'instinct; le trouble affecte surtout les sensations : hyper et paresthésie, etc.

Les paralysies fonctionnelles sont les plus fréquentes. Quelques formes d'hystérie peuvent dégénérer en vraie maladie mentale. Le traitement est en grande partie psychique, mais ne néglige pas les moyens d'autre sorte. L'origine du mot (ὑστέρα) ferait croire que la maladie a sa source dans l'utérus; bien souvent la matrice ne présente aucun mal. L'auteur désapprouve la castration et la clitoridectomie, mais il ne repousse point le traitement gynécologique. Il recommande le changement de lieux, les bains, l'exercice, la joie, l'espoir. L'hypnotisme, pour lui, est plutôt aggravateur, les courants induits, la métallothérapie n'agiraient que sur l'imagination. Il faut gagner l'entière confiance de la malade; les médicaments sont ordinairement inutiles. (*Am. J. of. Obst.*) A. Cordes.

De la miction fréquente et douloureuse. (*Clinique par le* Dr Alexandre Skene, *professeur de gynécologie à « Long Island Medical College », chirurgien à l'hôpital.*) — L'objet de cette clinique est de montrer

les troubles de la miction qu'occasionnent chez la femme les lésions anatomiques des organes génitaux internes. Le professeur cite, à ce propos, 6 cas.

Le premier a trait à une femme de 30 ans, mariée depuis huit mois. Les troubles urinaires ont débuté il y a deux mois; ils consistent en une miction fréquente et douloureuse, qui ne fait que s'accroître. Comme particularités, la malade est calme le matin jusque vers midi ou une heure, mais dans l'après-midi elle commence à souffrir et à ne pouvoir plus retenir son urine. Ces symptômes douloureux persistent jusque dans la première partie de la nuit, l'obligeant à se lever plusieurs fois pour uriner. Puis elle finit par s'endormir et demeure sans souffrir jusque dans l'après-midi.

Le Dr Skene attribue l'origine de ces troubles urinaires aux rapports sexuels, car on ne trouve aucune affection antérieure qui puisse être incriminée; quant à l'exagération des symptômes douloureux et des envies fréquentes d'uriner, elle est causée par la station debout, qui finit par occasionner une pression de l'utérus sur le col de la vessie.

Le traitement consistera en eau de Vichy ou en acétate de potasse; la malade prendra, en outre, une demi-heure avant le repas, une solution ainsi formulée : extrait de Buchu, 64 grains; teinture de ciguë, 32 grains. Dans le cas où cette médication serait infructueuse, il conseille l'emploi des injections au sulfate de zinc, à la dose de 3 centigrammes pour 30 grammes d'eau, et 4 grammes d'hydrastis canadensis. Cette injection devrait être donnée très doucement, de façon à la faire parvenir jusque dans la vessie. Comme précaution générale, abstention de tout rapport sexuel.

Le Dr Skene dit, en passant, que de semblables troubles urinaires s'observent dans la fièvre intermittente.

Le second cas est très intéressant. Il s'agit d'une femme de 45 ans, célibataire. Elle raconte que, après avoir été régulièrement réglée, elle a, depuis six semaines, eu trois fois ses règles. Elle souffre dans le dos et au-dessus du pubis, et a, de plus, des mictions fréquentes et douloureuses. La moindre pression sur la paroi abdominale la fait souffrir.

L'examen des organes génitaux fit reconnaître que l'utérus n'était pas celui d'une nullipare; et la malade finit par avouer qu'elle avait eu un enfant cinq ans auparavant, et qu'après ses couches elle avait été traitée pour de l'aménorrhée. L'examen fit, en outre, constater

une antéversion très prononcée, et la pression exercée par le fond de l'utérus sur la vessie explique les troubles urinaires.

Mais ce qui complique la situation, c'est qu'à la suite de l'opération qu'elle subit pour son aménorrhée, elle eut une pelvi-péritonite, qui s'est propagée au péritoine recouvrant la vessie et aux ligaments larges, en sorte que l'utérus et la vessie sont fixés; et par suite de l'immobilité de la partie supérieure de la vessie, cet organe ne peut plus se dilater.

Dans cet état de choses, le traitement ne peut être que palliatif: douche utérine, badigeonnage de teinture d'iode sur la paroi antérieure du vagin, suppositoire belladoné.

Le troisième cas est celui d'une jeune femme de 26 ans, mariée depuis sept mois, et qui, réglée depuis l'âge de 11 ans, n'avait jamais observé la moindre irrégularité dans les fonctions de l'utérus, qui se produisaient tous les quinze jours. Mais à partir de son mariage, elle n'a plus eu ses règles que tous les mois, et les trois derniers mois, elle les a eues tous les quinze jours, comme avant d'être mariée. Elle se plaint de fréquentes envies d'uriner, de douleurs en urinant, et elle est obligée de se lever la nuit.

L'examen de l'utérus fit constater que cet organe présente une antéflexion complète; il est complètement doublé sur lui-même. Par l'examen vaginal, on aperçoit l'orifice utérin dans le champ du spéculum, et par le palper abdominal on sent le fond de l'organe derrière les pubis. De plus, il y a de l'antéversion.

Le traitement, dans ce cas, doit être dirigé sur la lésion utérine.

La quatrième malade est plus gravement atteinte. Elle a un prolapsus du vagin, dû à une déchirure du périnée; mais la paroi antérieure est plus procidente que la paroi postérieure, et elle a, de plus, entraîné la vessie et la moitié postérieure de l'urèthre, ce dont on peut se rendre compte facilement en pratiquant le cathétérisme; car, après avoir introduit la sonde de bas en haut, on est obligé de lui faire décrire une courbe postéro-inférieure pour pouvoir atteindre la vessie.

Le Dr Skene dit, à ce propos, que la procidence vésicale présente différents degrés; dans le premier degré, il y a surtout de l'incontinence d'urine, tandis qu'à un degré plus accentué l'incontinence disparaît, pour faire place à une très grande difficulté. Dans un cas semblable, il a vu une malade dont l'utérus était complètement atrophié et dont la vessie reposait sur la paroi inférieure du bassin. Pour

uriner, elle était obligée de se mettre à genoux et la face contre le sol.

Le traitement va d'abord consister dans la suture du périnée et à faire garder un repos prolongé ; et le chirurgien essaiera ensuite l'usage d'un instrument imaginé par le Dr Malcolm Mac Lane (de Harlem), et qui consiste en une espèce de tige cannelée que l'on introduit au-dessous des pubis et que supportent ainsi l'urèthre et la vessie. On le maintient à l'aide d'une ceinture qui fait le tour du corps.

Le cinquième cas est analogue au précédent ; mais le prolapsus utéro-vésical est plus accentué ; il y a également une déchirure du périnée. La malade a 53 ans.

Le traitement sera le même ; seulement le Dr Skene prolongera la suture aussi haut que possible dans le vagin, de façon à donner un point d'appui solide à la vessie et à l'augmenter en introduisant un pessaire approprié.

La dernière malade est une petite fille de 12 ans. Elle a, depuis l'âge de 3 ans, de l'incontinence d'urine consécutivement à la fièvre scarlatine. Les troubles urinaires se font aussi bien sentir la nuit que le jour. Dans ce cas, il faut s'assurer si ces désordres sont dus à une cystite ou à une uréthrite avec contracture du col. L'examen de l'urine seul permettra de s'en assurer. Si les dernières cuillerées d'urine contiennent du pus et des débris d'épithélium, on a affaire à une cystite. (*Medical News*, *New-York*, 15 décembre 1883.) A. Rizat.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Les *Annales de Gynécologie* ont recu :

Essai sur les hématocèles utérines extra-péritonéales, par le Dr Jousset, ancien interne des hôpitaux de Paris. — J.-B. Baillière, éditeur. Paris, 1883.

Des indications et des contre-indications des eaux minérales, de l'hydrothérapie et des bains de mer pendant la grossesse, par le Dr Belugou. — Delahaye, éditeur. Paris, 1883.

Le gérant : A. Leblond.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur.
52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

LEÇON D'OUVERTURE DE M. LE PROFESSEUR TARNIER.

Messieurs,

Je vous remercie de votre chaleureux accueil dont je suis profondément touché, et qui, en un instant, me récompense amplement de toute une vie de travail; mais rien ne saurait me distraire complètement de la pensée qui me dominait quand je suis entré dans cet amphithéâtre, celle d'une vive reconnaissance pour tous les professeurs de cette Faculté qui, à l'unanimité de leurs suffrages, m'ont appelé à l'honneur d'être leur collègue et de monter dans cette chaire, à laquelle j'avais quelquefois rêvé, sans jamais la convoiter. C'est avec bonheur que je m'y vois entouré par des agrégés qui, pour la plupart, ont été mes internes à la Maternité, et qui sauront me seconder et faciliter ma tâche par des cours auxiliaires. Mais, en abordant pour la première fois, devant vous, l'enseignement de l'obstétrique, je ne méconnais pas l'éten-

due et l'importance des nouveaux devoirs qui m'incombent, et je ne suis pas exempt d'une légitime appréhension quand je songe à la célébrité de ceux qui, dans cette école, ont été mes maîtres en obstétrique : vous avez nommé avec moi les professeurs P. Dubois, Depaul, Pajot.

En 1834, lorsque la Clinique d'accouchements fut fondée, P. Dubois en fut le premier professeur. L'éclat de son enseignement fut tel, que les médecins et les accoucheurs du monde entier vinrent écouter ses leçons, qui étaient de véritables modèles de simplicité, de clarté, d'exactitude. D'une grande prudence dans ses déterminations, il opérait avec une douceur, une sûreté de main, une élégance que j'ai toujours admirée et souvent enviée. Pour tous, il était le maître par excellence, et ses élèves ont gardé une grande vénération pour sa mémoire. On peut dire de lui que pendant trente ans il a glorieusement personnifié l'obstétrique française.

Lorsque l'âge et la fatigue déterminèrent P. Dubois à donner sa démission, ce fut l'un de ses élèves de prédilection, M. Depaul, qui lui succéda à l'hôpital des Cliniques.

Originaire du Béarn, appartenant à une famille de magistrats, M. Depaul, poussé par une véritable vocation, entreprit l'étude de la médecine malgré sa famille, qui lui tint rigueur. Arrivé à Paris, presque sans ressources personnelles,

Il sut bien se tirer d'un pas si hasardeux.

Au début, il fut, il est vrai, aux prises avec toutes les difficultés matérielles de la vie; mais il apportait de son pays natal une grande vigueur, une vive intelligence, un caractère tenace et fortement trempé ; la lutte ne lui déplaisait pas, et il en sortit victorieux.

D'abord interne, puis chef de clinique d'accouchements, il devint, le temps aidant, agrégé, membre de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux. Chemin faisant, il avait publié de nombreux travaux, parmi lesquels il faut citer un *Mémoire sur l'insufflation des nouveau-nés*, et son *Traité de l'auscultation obstétricale*. Sa notoriété grandissait chaque jour;

il était recherché par une nombreuse clientèle, et les médecins de Paris et de la province l'appelaient souvent en consultation pour mettre à profit sa grande expérience. En 1862, le professorat vint couronner sa carrière.

Des convictions profondes, des idées très arrêtées sur la plupart des sujets qu'il traitait devant ses élèves, une ardeur infatigable dans toutes les discussions académiques où il se trouva mêlé, un talent oratoire incontestable, parfois un peu acerbe et redouté de ses adversaires, lui assurèrent une grande et légitime autorité. D'ailleurs, vous l'avez tous vu à l'œuvre : il y a quelques mois à peine, il était encore à l'hôpital, dans cette Faculté, à l'Académie, partout où le devoir l'appelait, donnant à tous l'exemple d'une exactitude qui ne s'est jamais démentie. Les années avaient passé sur lui sans courber sa haute stature, sans alourdir sa démarche, sans amoindrir sa merveilleuse activité.

Tout semblait lui promettre une grande longévité, et c'est à peine si chaque année il prenait quelques semaines de repos qu'il allait passer à Morlaas, où il était né et qu'il aimait avec passion. Ce fut là qu'il mourut, terrassé en trois jours par une pneumonie.

Jamais vie ne fut mieux remplie : aussi la mort qui venait de le surprendre a jeté le deuil dans tout le Corps médical, et le coup dont elle l'a frappé a retenti très douloureusement dans cette École.

La chaire de clinique d'accouchements devenue vacante, la Faculté de médecine décida qu'elle serait occupée par le professeur Pajot, auquel je succède ici directement.

De M. Pajot, je ne dirai rien, car sa présence parmi mes auditeurs d'aujourd'hui me condamne au silence. Mais ce silence, je l'espère, sera compris et interprété. (Applaudissements.)

D'ailleurs, messieurs, interrogez les murs de cet amphithéâtre, et ils vous diront, ils vous crieront, que jamais professeur ne fut aussi éloquent, que toutes ses leçons étaient interrompues à chaque instant par d'unanimes applaudissements, et que cette vaste enceinte était alors trop étroite pour contenir

les étudiants qui se pressaient à l'envi sur ces bancs pour entendre sa parole magistrale.

Comment ne serais-je pas saisi de crainte d'avoir à succéder à un maître aussi éminent? Une telle succession n'est pas lourde à porter, elle est écrasante !

Sur un seul point cependant, cher Maître, permettez-moi de le dire, je me sens votre égal : c'est dans mon amour pour les progrès incessants de l'obstétrique.

Parmi ces progrès, ceux qui sont relatifs à l'hygiène des nouvelles accouchées se mesurent facilement par la décroissance de la mortalité. Autrefois, dans les hôpitaux de Paris, on perdait une femme sur dix : aujourd'hui nous en perdons à peine une sur cent. Comment pareille révolution a-t-elle pu se produire, c'est ce que je vais chercher, messieurs, à étudier devant vous.

A la fin du dernier siècle, en 1788, Tenon a fait la description du service d'accouchements de l'Hôtel-Dieu de Paris, où se trouvaient, dit-il, 67 grands lits et 37 petits. Les grands lits mesuraient 52 pouces de large; nous dirions aujourd'hui 1 mètre 40. Dans chaque lit on trouvait pêle-mêle, 1, 2, 3, 4 femmes : une femme enceinte, une femme accouchée et bien portante, une femme accouchée atteinte de péritonite, et quelquefois un cadavre. Avec une telle promiscuité, horrible, même à raconter, la mortalité était environ de 10 0/0. Les femmes étaient, à la lettre, décimées par les maladies puerpérales.

La Convention s'émut d'un pareil état de choses et, en 1797, fut fondée la Maternité, grand hôpital bien aéré, situé sur une hauteur, près de l'Observatoire. Chaque femme y eut son lit. Contre toute attente, la mortalité continua cependant à frapper les femmes, presque dans la même proportion que dans l'ancien Hôtel-Dieu, où elles étaient entassées dans le même lit; si bien qu'en 1856, quand je fus nommé interne à la Maternité, je trouvai à peu près le même état de choses. Je vis un jour mourir 7 femmes en quelques heures !

On était véritablement effrayé de voir ces femmes avec la

figure grippée, les yeux excavés, le nez froid, le ventre ballonné, vomissant, asphyxiant, se refroidissant et mourant en aussi grand nombre que s'il se fût agi d'une épidémie de choléra.

Les modifications et les améliorations si importantes, introduites par la Convention dans l'hygiène des accouchées, n'avaient en réalité produit que des résultats presque insignifiants. On courbait la tête, et on acceptait cette mortalité comme un fait qu'on ne pouvait pas empêcher ; on accusait l'épidémie, ce *quid divinum aut diabolicum*, et c'était tout. En d'autres termes, on se payait de mots et l'on ne faisait rien.

Je m'insurgeai contre ces idées et je voulus savoir si, vraiment, il n'y avait rien à tenter pour faire cesser de pareils désastres.

Je commençai par faire une enquête statistique, la première qui ait été entreprise sur ce sujet, en comparant la mortalité de la Maternité à celle des quartiers qui entouraient cet hôpital (1). Il en résulta que la mortalité était 17 fois plus considérable à la Maternité que dans les quartiers voisins !

Cette mortalité plus grande à l'hôpital qu'en ville fut encore affirmée dans un mémoire (2) que je publiai en 1858, et de nouveau démontrée, quelques années plus tard, par M. Le Fort, dans son livre sur *les Maternités de l'étranger* (3).

Quelle était la cause d'une si grande différence, d'une si épouvantable disproportion ? Ce n'était pas l'épidémie, vieux mot qui masque trop souvent notre ignorance et que je vous drais pouvoir rayer de nos dictionnaires. Les maladies puerpérales sont dues presque exclusivement à la contagion. Malgré l'opposition qui me fut faite par mes maîtres, c'est à la démonstration de cette vérité, jusqu'alors méconnue en France, que j'ai consacré la plus grande partie de ma Thèse inaugurale.

(1) Tarnier. *Thèse inaugurale*, Paris, 1857.

(2) Tarnier. *De la fièvre puerpérale*. *Paris*, 1858.

(3) Le Fort. *Ces Maternités*, Paris, 1865.

J'y demandai, dès 1857, qu'on fît la guerre à cette contagion, que les femmes saines fussent non seulement séparées des femmes malades, mais soignées par un personnel différent.

L'administration n'entendit pas ma voix, et on continua à vivre avec les mêmes erreurs. Aussi, quand, en 1867, je fus nommé chirurgien en chef de la Maternité, j'y vis les nouvelles accouchées mourir presque en aussi grand nombre que par le passé. En effet, de 1858 à 1869, la mortalité générale y était de 9,3 p. 100. Les femmes étaient toujours décimées. Rien d'efficace n'avait été fait pour arrêter le fléau puerpéral; on en était encore à ce que j'appellerai la *période d'inertie*.

En 1870, j'obtins enfin que la séparation des femmes malades et des femmes bien portantes serait sévèrement observée, et il fut décidé qu'il y aurait deux personnels distincts; que les élèves n'iraient pas de l'infirmerie à la salle d'accouchements; que les internes qui feraient une autopsie ne viendraient pas toucher les femmes ou assister à un accouchement. Cela fut scrupuleusement exécuté, et les années suivantes, de 1870 à 1881, grâce à ces précautions, sans emploi d'antiseptiques, il faut le noter, la mortalité tomba à 2,3. C'était 7 femmes sur 100 qui étaient sauvées par la lutte entreprise contre la contagion. C'est ce qu'on pourrait appeler la deuxième période de la mortalité des femmes en couches. Cette période est caractérisée par l'isolement des femmes et la guerre faite à toutes les causes d'infection et de contagion; elle fut suivie d'un succès inespéré, puisque la mortalité tombait de 9,3 0/0 à 2,3 0/0 (1).

Ce qui se passait à la Maternité n'était d'ailleurs pas un fait isolé, car dans les hôpitaux où les idées que j'avais émises

(1) Pendant son passage à la Maternité, de 1864 à 1867, M. Trélat avait adopté la plupart de mes idées et bien vu l'importance qu'il faut accorder à l'infection et à la contagion dans l'étiologie des maladies puerpérales, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre en lisant l'important mémoire qu'il a publié

étaient appliquées, on obtenait le même résultat. Ainsi, à partir de 1874, M. Siredey avait importé à Lariboisière la plupart des mesures que j'avais nettement indiquées en 1857 et qui m'avaient si bien réussi depuis 1870, et la mortalité des femmes en couches dans cet hôpital, considérable auparavant, tomba à 2,5 0/0.

A partir de 1881 commence à la Maternité une troisième période, celle pendant laquelle nous employons avec une grande rigueur, et chez toutes les femmes, la méthode antiseptique.

Les antiseptiques ont rendu d'énormes services aux chirurgiens et aux accoucheurs de tous les pays. Depuis quelques années je les employais déjà à la Maternité, mais seulement pour les cas graves. Ainsi, en 1877, une femme arriva à la Maternité avec une grossesse extra-utérine, et je l'opérai. J'ouvris la cavité abdominale en prenant toutes les précautions antiseptiques, je pénétrai dans le kyste, et j'en retirai le fœtus presque en entier; je lavai ce kyste avec une solution phéniquée, j'appliquai le pansement de Lister aussi complet que possible, et la femme guérit parfaitement bien. La publication de cette observation, dans les *Annales de gynécologie*, en 1879, ne l'a pas sauvée de l'oubli, puisque récemment deux cas analogues ont pu être présentés à plusieurs Sociétés savantes comme des faits absolument extraordinaires et sans précédents en France.

En 1879, je fus obligé de faire une opération césarienne. Or une opération césarienne, c'était presque la mort certaine pour une femme, du moins à Paris, car le dernier cas de guérison avait été obtenu en 1787, rue Guénégaud; de plus, jamais une femme opérée à l'hôpital n'avait guéri. Je fis l'opération avec toutes les précautions antiseptiques que je viens de dire, je la

---

sur ce sujet en 1867 (*Étude sur l'origine, la marche et la terminaison des maladies puerpérales; Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, Paris, 1867); mais les réformes dont il entrevoyait nettement l'utilité furent incomplètes, aussi la mortalité resta à 6,09 p. 100 en 1865, à 7,79 p. 100 en 1866.

fis suivre de l'ablation de l'utérus et des ovaires, d'après la méthode de Porro, et la femme guérit encore parfaitement bien. Quelques mois après, M. Lucas Championnière pratiqua la même opération et réussit comme moi. Voilà des femmes qui, certainement, doivent la vie à l'emploi de la méthode antiseptique.

Si nous passons aux ruptures de l'utérus, nous verrons des choses non moins surprenantes. Depuis dix-huit mois, à la Maternité, j'ai observé quatre ruptures de l'utérus; toutes furent soignées par la méthode antiseptique; or sur ces quatre ruptures, il y eut trois guérisons. Une seule femme succomba, mais elle avait l'utérus et la vessie déchirés; elle est morte, moins de sa rupture utérine que de sa déchirure vésicale.

L'année dernière, M. Depaul étant venu à la Maternité, je lui racontai que je venais de guérir deux ruptures utérines, et je lui demandai combien il avait vu de cas semblables dans sa pratique. Il me répondit : J'ai observé un grand nombre de ruptures utérines, je n'ai pas vu une seule guérison. Une peut-être, ajouta-t-il, mais j'ai toujours conservé quelques doutes sur ce dernier fait, car je crois que la rupture n'était pas complète.

Or, ce que j'avais vu à la Maternité, M. Pajot l'observait dernièrement à l'hôpital des Cliniques où il guérissait une malade apportée avec une rupture de l'utérus. Autrefois, pour toute femme atteinte d'une semblable déchirure, c'était la mort à peu près certaine. Aujourd'hui, on emploie la méthode antiseptique, et les malades sortent guéries.

Ainsi donc, ne l'oubliez pas, les femmes sont décimées quand on ne fait rien pour combattre l'origine du fléau puerpéral, quand on courbe la tête et qu'on se contente de crier : c'est l'épidémie qui est la cause de tout le mal! Mais un jour vient où l'on fait la guerre à l'infection et à la contagion, à ce que nous appelions autrefois le miasme, et qu'on appelle aujourd'hui le microbe; quoiqu'on ne fasse pas encore d'antisepsie, cela suffit pour faire tomber la mortalité de 10 à 2 0/0.

Puis les idées de Pasteur et de Lister modifient la face de la

chirurgie et des accouchements, et la mortalité descend encore. De 2,3 0/0 elle tombe à 1,1 dans les années qui ont suivi 1881.

Jetez un coup d'œil sur les colonnes de ce tableau (voy. fig. 1) et vous verrez que, par leurs hauteurs respectives, elles représentent la mortalité proportionnelle des femmes en couches pendant les trois périodes dont j'ai parlé : la première colonne, la plus haute, répond à la période d'inaction, et la mortalité y est de 9,3 p. 100. — La deuxième colonne indique la période de lutte contre les causes d'infection et de contagion, sans antisepsie, et la mortalité au lieu de rester à 9,3 p. 100, par une brusque descente tombe à 2,3 p. 100. — Enfin, la troisième colonne correspond à la période caractérisée par l'emploi des antiseptiques et la mortalité y descend encore de 2,3 p. 100 à 1,1 p. 100.

Nous ne nous arrêterons pas là, je l'espère, car, chaque jour, nous appliquons de mieux en mieux la méthode antiseptique, et je ne doute pas que d'ici peu de temps la mortalité ne tombe à 1/2 p. 100. Depuis le 15 octobre, en effet, sur près de 1.000 femmes entrées à la Maternité, nous n'avons eu qu'un seul décès, celui de cette malheureuse qui avait l'utérus et la vessie déchirés. Sans elle, nous

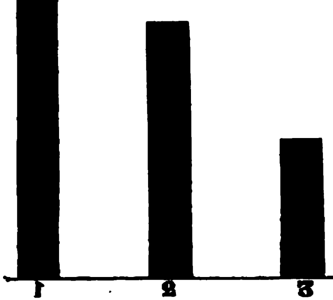


FIGURE 1.

1. — Mortalité pendant la première période, celle de l'inaction = 9,3 p. 100.

2. — Mortalité pendant la deuxième période, celle de la lutte contre les causes d'infection et de contagion = 2,3 p. 100.

3. — Mortalité pendant la troisième période, celle de l'emploi de l'antisepsie = 1,1 p. 100.

aurions eu 1,000 accouchements sans un seul décès (1)!

Vous le voyez, je suis partisan de la méthode antiseptique, et je rends hommage aux hommes justement célèbres qui s'appellent Pasteur et Lister. Je crois à l'existence du microbe, ou des microbes qui engendrent les maladies puerpérales, mais je suis bien obligé de reconnaître que l'influence de ces infiniment petits n'est pas encore absolument déterminée, malgré les recherches que Pasteur, que Chauveau ont faites pour essayer de les cultiver, et nous ne savons pas s'ils sont spécifiques ou communs à plusieurs maladies purulentes.

J'ai fait aussi sur ce sujet quelques expériences, que je veux vous faire connaître.

Un jour, en quittant mon service, je vis, dans le jardin de la Maternité, un homme occupé à carder les matelas qui sortaient de l'infirmerie, et d'où s'échappaient un nuage de poussière. Ah! certes, si les microbes de la fièvre puerpérale existent, comme je n'en doute pas, il devait s'en trouver dans ce nuage de poussière! Je recueillis donc cette poussière dans dix flacons stérilisés, et, avec l'aide de M. Bar, qui était alors mon interne, je cultivai les infiniment petits contenus dans ces dix flacons, puis nous injectâmes les liquides de culture à dix lapins. Neuf résistèrent à l'injection, le dixième mourut. Chez lui, nous avions injecté le mauvais microbe; les autres n'avaient reçu que des microbes inoffensifs. Or, nous avions regardé du mieux que nous avions pu, et le microscope ne nous avait montré aucune différence dans les liquides des dix flacons!

---

(1) Dans tous les relevés statistiques que je viens de produire, j'ai eu en vue la mortalité générale, c'est-à-dire celle qui comprend tous les cas de mort *sans exception*, lorsqu'une femme meurt, même quelques minutes après son entrée à l'hôpital, quelle que soit la cause de sa mort, éclampsie, hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, rupture de l'utérus, mort subite par maladie de cœur ou du cerveau, etc., son décès est inscrit dans la mortalité générale. Quand on veut faire des catégories d'après la cause de la mort, on risque fort de se tromper, de grossir indûment l'une des catégories au bénéfice d'une autre. Pour éviter de pareilles erreurs, j'ai indiqué la mortalité générale sans catégories.

Partout nous avions vu les microbes revêtant toutes les formes décrites.

Pourquoi un animal était-il mort, alors que les neuf autres avaient résisté? Je posai la question à Davaine, qui me répondit: « Nous connaissons encore mal les microbes, vous n'avez pas su distinguer les mauvais de ceux qui sont inoffensifs. Vous êtes comme le voyageur qui arrive à deux kilomètres d'une forêt, et qu'on interroge à ce moment en lui demandant: Que voyez-vous? Des arbres, répond-il, des arbres, rien que des arbres : je ne saurais dire lesquels. On s'approche, et bientôt le voyageur s'écrie : Là ce sont des chênes; ici, des hêtres, des frênes, etc. Eh bien, me dit Davaine, vous êtes à deux kilomètres des microbes, et vous ne savez pas les reconnaître. Un jour viendra où vous saurez les distinguer les uns des autres. » Je crois qu'il avait raison.

Toujours est-il que nous devons employer avec rigueur la méthode antiseptique, qui nous donne de si beaux résultats.

Comment l'employer?

Les agents antiseptiques sont nombreux; on peut dire, en effet, que l'on a employé comme tels le plus grand nombre des corps de la chimie minérale ou organique. L'acide phénique est le premier dont on ait fait usage, et pendant longtemps on a cru qu'il était le meilleur. A l'heure actuelle, il est bien près d'être détrôné, puisque, d'après de nombreuses expériences, il n'occuperait plus que le douzième ou le quinzième rang dans l'échelle des substances antiseptiques.

En tête de la liste de ces substances se trouvent l'eau oxygénée et le sublimé corrosif. L'eau oxygénée est difficile à manier, tandis que le sublimé s'emploie facilement et donne d'excellents résultats. Un mot d'historique à l'égard de cet agent.

C'est en 1874 que, pour la première fois, Davaine communiqua à la Société de biologie une petite note sur les antiseptiques, et parmi ceux-ci il cita le sublimé. C'était là, pour ainsi dire, l'ébauche d'un travail qu'il préparait.

Plus tard, Billroth signalait aussi cet antiseptique, sans

l'étudier plus que ne l'avait fait Davaine ; il en fut de même de Buckholtz, de Kühn, de Wernich.

Le 27 janvier 1880, Davaine, encore Davaine, car on ne saurait trop rendre justice à ce savant aussi grand que modeste, Davaine lisait à l'Académie de médecine de Paris un travail complet sur l'action du sublimé et sur la puissance destructive qu'il exerce sur les microbes, et en particulier sur les bactéries charbonneuses.

Quelques mois plus tard, Koch étudia à son tour le sublimé et arriva aux mêmes conclusions. Vous le voyez, dans la période des recherches de laboratoire, la priorité revient à Davaine. Mais il n'est pas encore question, à cette époque, de l'emploi clinique de cet agent.

Dès 1880, je l'avais essayé à la Maternité, et en août 1881, au Congrès de Londres, je pus dire que le sublimé me paraissait de tous les antiseptiques le plus puissant, et que je m'en servais à l'hôpital pour le lavage des mains, aussi bien pour moi que pour mes élèves.

Quelques mois plus tard, Schede (de Hambourg) l'employait dans son service de chirurgie ; ses observations ont été publiées au commencement de 1882. Au milieu de la même année, j'appliquai l'antisepsie par le sublimé à toutes les femmes de la Maternité, et ma pratique à cet égard fut publiée par mon interne, M. Ollivier, dans les *Annales de gynécologie* (novembre 1882).

Cela suffit, je l'espère, pour démontrer que le premier essai clinique du sublimé et que son premier emploi en obstétrique appartiennent encore à un Français. Ce qui n'empêche pas les journaux allemands de faire remonter indûment à Koch la priorité des recherches de laboratoire sur cet antiseptique, et aux accoucheurs allemands celle de son emploi chez les femmes en couches. C'est un déni de justice contre lequel j'ai tenu à protester. (Applaudissements.)

Je vous remercie d'accueillir mes paroles à cet égard par des applaudissements ; je proteste, parce que j'ai été très douloureusement impressionné dernièrement en lisant dans un

journal français un travail sur les merveilleux effets du sublimé dans les accouchements; les travaux y sont cités avec complaisance, mais il n'y est question ni de Davaine, ni des Français qui ont employé le sublimé pour la première fois.

Messieurs, vous n'obtiendrez de très bons résultats de la méthode antiseptique, que si vous savez l'appliquer dans toute sa rigueur.

Laissez-moi vous dire ce que nous faisons à cet égard à la Maternité.

Les femmes enceintes occupent un dortoir commun; là, jour et nuit brûlent des bouilleurs qui contiennent une solution d'acide phénique au 20°. Des vapeurs d'acide phénique se répandent constamment dans ce dortoir et l'assainissent.

Tous les matins, ces femmes font une toilette complète avec une solution d'acide phénique. Le sublimé va apparaître à la salle d'accouchements. Dans cette salle se trouvent encore des bouilleurs qui projettent partout des vapeurs phéniquées, mais pour tous les lavages, c'est au sublimé que nous avons recours.

La solution de sublimé dont nous nous servons est la liqueur de Van Swieten, et voici comment les choses sont disposées :

Toute personne — et c'est là, messieurs, une chose très importante — toute personne qui entre dans la salle d'accouchements trouve près de la porte un lavabo dans lequel elle doit se laver et se brosser les mains avec le soin le plus minutieux. Il n'y a, à cet égard, aucune exception. Ensuite, elle passe à plusieurs reprises ses màins dans la liqueur de Van Swieten. Les mains alors peuvent être considérées comme indemnes de tout agent d'infection.

Pour ce qui est du matériel qui sert à la salle d'accouchements, nous prenons les mêmes précautions. A chaque instant, nous avons besoin d'une sonde, d'une canule, d'un tampon. Comment faisait-on autrefois. On allait chercher ces objets dans un tiroir et on s'en servait tels quels. Aujourd'hui, ces objets sont plongés à demeure dans des bocaux pleins de li-

queur de Van Swieten, et c'est là qu'on les trouve en cas de besoin. Quant aux forceps et aux autres instruments métalliques, lorsqu'ils ont servi, nous les lavons d'abord avec de l'eau bouillante, puis avec de l'alcool rectifié, et quand nous voulons les employer de nouveau, nous les flambons sur une lampe à alcool au moment même de procéder à l'opération.

Lorsqu'une femme arrive à la salle d'accouchements, quelle que soit la période de l'accouchement à laquelle elle se trouve, la première chose qu'on fait, c'est de lui donner une injection vaginale avec la liqueur de Van Swieten dédoublée, c'est-à-dire additionnée de quantité égale d'eau. Puis, comme dans le vagin les microbes peuvent pulluler facilement, toutes les trois heures on procède à une nouvelle injection. Pour qu'aucune femme n'échappe à ces lavages, nous avons établi une discipline dont on ne s'écarte pas. A midi, *toutes* les femmes reçoivent une injection : à trois heures, à six heures, à neuf heures, à minuit, etc., cette injection est renouvelée.

La femme accouchée et la délivrance faite, on pratique une injection de liqueur de Van Swieten, à 37°, dans la cavité utérine. Sous l'influence de cette injection, les détritus de membranes sont emportés, des caillots sanguins sortent avec le liquide, et l'utérus se contracte avec beaucoup plus d'énergie que lorsque les choses sont abandonnées à elles-mêmes. C'est à ce point qu'en agissant ainsi, non seulement on obtient une antisepsie complète, mais encore l'hémostase est mieux assurée.

Dans les cas d'hémorrhagie, survenant après la délivrance, l'injection intra-utérine est faite avec le même liquide porté à 45° ou 50°. Sous l'influence d'une semblable injection, les contractions utérines atteignent un degré d'énergie bien supérieur à celui qui est provoqué par le seigle ergoté. Aussi, par cette méthode, j'en suis arrivé à la suppression à peu près complète du seigle ergoté, médicament qui a rendu de grands services, mais qui présente de tels inconvénients que, depuis longtemps déjà, M. Pajot a beaucoup insisté sur la nécessité d'en restreindre l'emploi, autant que possible.

Après que la femme est accouchée, trois fois par jour on fait sa toilette avec la liqueur de Van Swieten dédoublée, et ce lavage est suivi de l'introduction, dans l'orifice vulvaire, d'un tampon de charpie trempé dans la liqueur dédoublée. Sur ce tampon, on applique une compresse vulvaire préalablement trempée dans le même liquide. Dans quelques circonstances, le tampon est trempé dans l'eau oxygénée; cela donne les mêmes résultats.

Si la femme est bien portante, on ne lui fait pas d'injection vaginale; ces injections sont réservées pour les quatre cas suivants :

1° Si la femme est accouchée d'un enfant macéré ou putréfié, répandant une mauvaise odeur;

2° S'il y a rétention des membranes;

3° S'il y a fétidité des lochies;

4° Si l'on constate la présence d'une eschare vulvaire un peu étendue.

Et quand les femmes deviennent malades, quand il survient un état fébrile, des douleurs de ventre, on a recours aux injections intra-utérines pratiquées de deux à trois fois par jour. Alors, messieurs, on obtient quelquefois des résultats véritablement surprenants.

En voici un exemple :

Il y a quelques mois, j'accouchai une dame primipare qui avait dépassé la trentaine. L'accouchement fut pénible; l'enfant se présentait par le sommet, mais il était volumineux, sa tête était très ossifiée; je dus faire une application de forceps laborieuse. Après l'accouchement, la femme et l'enfant allèrent bien tout d'abord; mais bientôt la mère éprouva des malaises, du ballonnement du ventre; son pouls s'accéléra; sa température monta progressivement à 38°, 39°, 40°, 41° et même 41,5. Je crus la malade perdue. Je pratiquai cependant une injection intra-utérine avec la liqueur de Van Swieten pure; Au milieu de l'injection, cette dame me dit : « Monsieur, vous ne saurez jamais quel bien-être extraordinaire je ressens. » Il était 10 heures du soir; le lendemain, à 6 heures du matin, la

température était descendue de 41,5 à 37°, et la guérison fut rapide. Je suis convaincu que sans l'injection intra-utérine cette dame serait morte.

Mais je n'ai pas fini de vous faire connaître notre pratique à la Maternité. On nous y apporte parfois des femmes atteintes de rupture de l'utérus ou de traumatismes énormes consécutifs à des opérations mal conduites.

Ici ce n'est plus la méthode antiseptique simple que nous mettons en usage ; nous avons recours à la méthode dans tout ce qu'elle a de plus énergique. Pour ces femmes, nous sommes véritablement impitoyables, conduits que nous sommes par la conviction que c'est le seul moyen de les sauver.

Chez elles, c'est toutes les demi-heures que nous faisons des injections vaginales avec la liqueur de Van Swieten pure, et nous ne revenons à la liqueur dédoublée qu'au bout de trois jours.

Maintenant, quels sont les inconvénients du sublimé? Je n'hésite pas à le dire, ils sont pour ainsi dire nuls. Je vais cependant vous signaler ceux qui ont été notés.

Quelquefois, mais rarement, on observe un peu d'hydrargyrie à la région vulvaire. Mais y a-t-il là une raison suffisante pour abandonner le sublimé? Ne savons-nous pas qu'autrefois, alors qu'on soumettait les femmes malades aux onctions avec l'onguent napolitain, c'était le ventre tout entier qui était couvert d'hydrargyrie, et que cependant personne n'a jamais songé à abandonner pour cela les onctions mercurielles?

J'ai observé quelquefois une légère gingivite, mais jamais de salivation; j'accepte cependant que celle-ci soit possible chez les femmes pour lesquelles on fait usage du sublimé à outrance. Mais, est-ce que cet accident ne se produit pas également lorsqu'on emploie le calomel dans la péritonite? Et, cependant, il n'est jamais venu à l'idée de personne de renoncer pour cette cause à l'usage du calomel.

Oh! il y a d'autres inconvénients : lorsqu'on fait usage du sublimé, il n'est pas possible de porter des bagues d'or aux

doigts et de se servir de vases de métal ! On en est quitte pour quitter ses bagues et pour faire usage de vases en verre ou en faïence.

De plus, à la suite de ce traitement poussé à outrance, comme nous le faisons dans le cas de rupture utérine, la muqueuse de la vulve et du vagin est dure, tannée, pour ainsi dire. Mais qu'est-ce que cela, si l'on songe que c'est grâce à ce même traitement que les femmes guérissent?

Y a-t-il des cas de mort produite par le sublimé ? On en a cité un, mais il est peu authentique; pour mon compte personnel, je le mets en doute, car j'ai employé le sublimé plus de trois mille fois sans inconvénient sérieux.

En résumé, le sublimé est un excellent antiseptique, le meilleur probablement, et je vous conseille, messieurs, de faire comme moi et de lui rester fidèles jusqu'à plus ample informé. (Applaudissements.)

HOMME HYPOSPADE

CONSIDÉRÉ DEPUIS VINGT-HUIT ANS COMME FEMME

(PSEUDO-HERMAPHRODITE)

(*Présentation faite à la Société de médecine légale*, 1er février 1884.)

Par le Dr S. Pozzi,
Professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

Les malformations des organes génitaux externes sont assez fréquemment la cause d'erreurs sur le véritable sexe des sujets qui en sont atteints. Il peut arriver parfois que des femmes soient faussement considérées comme hommes : tels sont les cas célèbres de Valmont, de Marie-Madeleine Lefort, de Joséphine Marzo, etc., si souvent cités dans les traités spéciaux. Mais une méprise incomparablement plus fréquente est l'inverse. Nombreuses sont les observations d'hommes affectés de la malformation appelée *hypospadias* et qui ont été déclarés comme femmes sur les registres de l'état civil. A la vérité, la

confusion est assez facile, au moment de la naissance, du moins à un examen superficiel. Je rappellerai en quelques mots cette anomalie pour faire mieux comprendre la méprise.

Elle consiste essentiellement (dans sa variété la plus accusée, (dite *hypospadias périnéo-scrotal* ou *périnéal*) dans un arrêt de développement qui a laissé aux organes génitaux externes de l'homme un type embryonnaire, transitoire dans le sexe masculin, définitif chez la femme. La soudure des deux sacs cutanés où sont inclus les testicules, dont une sorte de couture ou de *raphé* montre le vestige à l'état normal, cette soudure a manqué. De là une fente (aboutissant à un cul-de-sac) qui simule la vulve. (Voir la fig. 3, p. 279.)

De même, toute la partie antérieure du canal de l'urèthre, celle qui est creusée au-dessous de la verge ne s'est pas formée. On n'en trouve que le vestige, sous forme de bride, au niveau de la face inférieure de l'organe érectile atrophié lui-même, au lieu qu'il ait été porté jusqu'à l'extrémité du gland par le développement et la fusion de ce qu'on appelle les *corps spongieux*. Le méat urinaire s'ouvre assez bas au-dessous de la racine du pénis et sur un plan postérieur, séparé de lui par un espace qui rappelle exactement le *vestibule* de la femme. C'est cette disposition qui achève d'enlever aux organes tout aspect viril, surtout à la naissance, alors que la verge peu développée se distingue à peine par son volume d'un clitoris un peu exagéré, et que l'absence de descente des testicules (ordinaire dans ces cas) laisse aux bourses divisées leur apparence de lèvres.

Plus tard, il peut arriver que le développement des mamelles vienne encore ajouter un élément de confusion. Le public attache à tort une importance excessive à cet élément tout à fait secondaire dans la détermination du sexe. L'apparition de la barbe, des goûts masculins, même la descente parfois tardive des testicules, le défaut de menstruation, ne suffisent pas à dissiper une erreur accréditée pendant des années, par l'habitude de l'entourage, le port du costume féminin, la profession qu'a embrassée le sujet et jusqu'aux manières qu'il a contractées. Il faut qu'une circonstance fortuite vienne

éveiller les doutes de l'*homme-femme* pour provoquer l'examen d'un médecin. Parfois même, celui-ci n'est appelé à se prononcer que lorsque la loi a déjà sanctionné une union contre nature. Tel est le fait remarquable publié tout récemment en Allemagne par Dohrn (*Archiv. für Gynækologie*, 1883, p. 225) sous ce titre piquant : UN HERMAPHRODITE MARIÉ (1). Ce n'est

---

(1) On lira peut-être avec intérêt cette observation, tout à fait inédite en France. En voici la traduction :

Pendant l'été, A. L... demanda son admission à la Clinique pour une malformation des organes génitaux. La malade a 31 ans, a été baptisée et élevée comme fille, est issue de parents sains. Elle jouissait d'une bonne santé, mais n'avait jamais été réglée avant son mariage.

Elle s'est mariée il y a six ans. L'accomplissement de ses devoirs conjugaux lui occasionnait des douleurs très vives aussi bien dans les parties génitales que dans la partie inférieure de l'abdomen. Depuis son mariage, elle souffre d'hémorrhagies irrégulières par les parties génitales, qui durent tantôt plusieurs semaines et tantôt seulement quelques jours. La patiente appelle ces hémorrhagies « règles », mais cependant on ne peut leur reconnaître aucune périodicité vraie. Elle n'a point remarqué de rapport entre ces hémorrhagies et les tentatives de coït. — Pendant ces hémorrhagies, elle se sentait faible et se plaignait de douleurs en ceinture.

Les appétits sexuels sont peu développés et ne la poussent point vers un sexe déterminé. Des parties génitales s'écoulait parfois un mucus filant.

État actuel : Taille $1^m,65$, expression du visage féminine, pas de barbe, longs cheveux, voix de femme, musculature puissante, pannicule adipeux peu développé, seins plus gros que chez les hommes, mais cependant pas aussi volumineux que chez les femmes. Rien de remarquable au thorax et dans les organes thoraciques. L'abdomen est mou et sensible à une forte pression au-dessus de la symphyse. Écartement des épines iliaques, 28 centimètres ; des crêtes, 30,2 ; diamètre conjugué externe, 18,8 ; les pubis se réunissent à angle aigu saillant en avant ; l'inclinaison du bassin est celle d'un bassin de femme normal.

Les parties génitales externes en avant des pubis et autour de l'anus sont couvertes de poils, mais n'en présentent point à la partie intermédiaire. Partant du mont de Vénus et se dirigeant vers le périnée, on remarque deux replis cutanés, assez pigmentés, semblables à des grandes lèvres. En bas, ils ne se réunissent point pour former une commissure postérieure, mais ils sont séparés l'un de l'autre par un large raphé, qui, sous la forme d'un mince pont cutané, s'étend de l'anus aux parties génitales. La lèvre droite est notablement plus forte que la gauche. Dans son segment inférieur, on sent un corps mobile un peu plus gros qu'un œuf de pigeon, avec une annexe dont la forme rappelle celle du testicule

qu'au bout de six années de mariage que ce *sodomiste légitime* — passez-moi l'expression — vint consulter le docteur pour la fatigue que lui causait l'accomplissement de ses devoirs conjugaux. On conçoit sans peine les troubles qu'ils pouvaient amener ; l'examen des parties génitales montra en effet que, faute de vagin, le mari (inconsciemment sans doute) s'était servi du canal de l'urèthre pour la copulation. Celui-ci, énormément dilaté, était en outre le siège de polypes saignants, véritables hémorroïdes antérieures provoquées par le coït anormal.

Pour le dire en passant, ce mode de rapprochement, tout étrange qu'il puisse paraître, n'est pas une nouveauté. Il a été souvent signalé chez les femmes privées de vagin par une anomalie congénitale. J'en ai moi-même observé un exemple.

---

et de l'épididyme ; on peut aussi, en partant de ce corps, suivre un cordon en haut jusque dans l'anneau inguinal. A gauche et un peu plus haut, on sent la même chose, mais en plus petit.

Dans la fente restée libre entre les deux grandes lèvres, apparaissent des petites lèvres, constituées par la muqueuse et fortement développées. En haut, elles forment un capuchon clitoridien très proéminent. Le clitoris a la forme d'un pénis infantile et porte à son sommet une petite fossette qui se prolonge en arrière en une petite encoche.

En écartant les petites lèvres, on voit partir du clitoris et se dirigeant en arrière un sillon dans la moitié supérieure duquel se trouvent cinq petites fossettes punctiformes. La partie inférieure de cette sorte de gouttière devient moins profonde en bas et arrive à l'embouchure de l'urèthre. Cette embouchure constitue une large ouverture du bord inférieur de laquelle partent trois bourgeons polypiformes ; par cette ouverture le doigt pénètre dans la vessie. Au bord postérieur de l'embouchure uréthrale se trouvent trois canaux très fins, dont l'un, celui qui est à droite, mesure 1 millimètre de large, les deux autres n'ont qu'un demi-millimètre et peuvent être sondés avec une très fine bougie. On ne trouve pas trace de vagin : l'enfoncement entre les deux petites lèvres est vraisemblablement formé par la fente uréthrale. L'embouchure de l'urèthre se trouve à trois centimètres au-dessous du clitoris. Par le rectum on ne sent rien qui puisse rappeler l'utérus, les trompes ou les ovaires, non plus que la prostate ; rien qu'une petite masse située sur la ligne médiane et qu'on sent au voisinage du col sur la paroi vésicale inférieure. Partout ailleurs le doigt qui explore la paroi rectale antérieure sent parfaitement le cathéter introduit dans la vessie.

Bien plus, un respectable chirurgien a cru pouvoir un jour se rendre complice de cette *erreur de lieu*, en dilatant méthodiquement le canal de l'urèthre qui résistait aux assauts du membre viril. Huguier (c'était lui) avait, il est vrai, une excuse : la femme était très amoureuse, quoique imperforée, et amoureuse de son mari (1)!

Il arrive plus souvent encore que c'est à l'occasion d'une union projetée que le médecin est consulté par l'homme-femme qui a conçu des doutes sur son sexe. J'en citerai un exemple entre plusieurs :

Le Dr J. Benoit, actuellement doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, a publié, il y a plus de quarante ans, une très intéressante CONSULTATION SUR UN CAS D'HERMAPHRODISME (2), qui pourrait encore servir de modèle à tout travail de ce genre. La *jeune fille* de 27 ans qui était venue réclamer ses avis, Marie B..., était vivement recherchée par un jeune homme pour lequel elle avait elle-même le goût le plus décidé. Une première fois, inquiète, elle était allée se montrer à un docteur qui, croyant sans doute à une simple imperforation de l'hymen (quelque incompréhensible que fût une pareille erreur) avait pratiqué une incision qui devait, disait-il, rétablir artificiellement l'ouverture du vagin. Inutile d'ajouter qu'elle resta sans aucun résultat. « Néanmoins, Marie ne perdit pas tout espoir de recouvrer les attributs féminins. Ses goûts, ses penchants étant ceux de la femme, elle se persuada qu'elle appartenait à ce sexe. Comme les divers prétextes par lesquels elle chercha à repousser l'union proposée ne suffisaient point pour rebuter ce jeune amoureux, elle se décida à lui confier le secret de sa conformation sexuelle. Ce fut en vain : celui-ci ne soupçonnant probablement pas toute la vérité, parut y attacher peu d'importance et persista dans ses projets. Le mariage

(1) Fait cité par T. Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 2e édition, p. 172.

(2) *Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier*. Novembre 1840.

était sur le point d'être conclu, lorsque Marie, plus sage et plus avisée, demanda un délai de quelques jours pour réfléchir à sa position. Des doutes sur la réalité de son sexe lui vinrent dans l'esprit. » Pour les éclaircir, elle vint à Montpellier poser au Dr Benoit ces trois questions : 1° Quel est mon sexe ? 2° Suis-je en état de contracter mariage ? 3° Y a-t-il indication à pratiquer sur moi quelque opération chirurgicale ? La réponse fut : 1° que le sujet appartenait au sexe masculin ; 2° qu'il était impropre au mariage ; 3° qu'il n'y avait pas d'indication à pratiquer une opération quelconque.

De ces trois questions qui se posent également pour tous les cas de ce genre, la dernière seule ne saurait ici nous occuper. Les deux autres sont éminemment du ressort de la médecine légale. Dans un cas de malformation des organes génitaux quel est donc le critérium qui permettra de déterminer : 1° le sexe ; 2° l'aptitude au mariage.

L'observation suivante me donne l'occasion de poser de nouveau devant vous les termes d'un problème qui a été traité maintes fois (1).

Voici le cas : Il s'agit d'un individu, femme de par l'état civil, qui se croit homme, et qui demande à ce qu'on le reconnaisse pour tel.

Louise B... est âgée de 27 ans (2). C'est une personne grande, bien proportionnée, qui porte ses habits de femme avec une certaine désinvolture, mais sans que rien dans sa démarche ou ses allures la fasse particulièrement remarquer. Les cheveux sont longs, nattés et retenus par un peigne. Le visage emprunte à cette coiffure un certain air féminin qui est seulement démenti par une barbe courte et fine, mais assez fournie, surmontant la lèvre et encadrant les joues et le menton. Louise B... a pris l'habitude de dissimuler le plus possible cette particularité avec un cache-nez. La poitrine, le bassin ont la confor-

(1) Voy. Tardieu. *De l'identité dans ses rapports avec les vices de conformation des organes génitaux*. Paris, 1872.

(2) Le sujet est présenté à la Société.

mation masculine. La voix est un peu grêle, sans offrir le caractère qu'on a appelé *eunukoïde*. Le sujet, fort intelligent, est très vif, impressionnable et il a un clignement des paupières qui s'accentue lorsqu'il est troublé. Aucun autre désordre nerveux à signaler.

L'absence de menstruation l'avait depuis longtemps inquiété et surpris. A 16 ans, dans un violent éclat de rire, deux petites grosseurs sortirent brusquement dans les aines en lui causant une si forte douleur qu'il s'évanouit; c'étaient les testicules, jusque-là retenus en dedans de l'anneau inguinal. A la même époque la verge commença à se développer et acquit bientôt le volume qu'elle a d'ordinaire chez l'adolescent; elle n'a pas grossi davantage depuis. Les testicules sont aussi demeurés assez petits. le gauche surtout qui est manifestement atrophié et rentre facilement dans l'anneau. Le droit est plus fort sans atteindre tout à fait la grosseur normale.

Je décrirai plus tard le reste de l'appareil génital. Je continue à raconter l'histoire physique et morale du sujet depuis l'époque de la puberté.

Il fut placé dans un atelier de femmes pour la confection des guêtres, et, bien que ne se doutant pas de son véritable sexe. il avoue s'être souvent *amusé* avec quelques-unes de ses compagnes. Il avait un goût très prononcé pour les femmes, et les hommes ne lui inspiraient aucun désir. Dans ses rêves, c'étaient toujours des femmes qu'il tenait dans ses bras. Pourtant il ignorait son sexe, lorsqu'un amour très vif, qu'il conçut pour une jeune fille, éveilla ses soupçons. Il y a trois mois, il consulta un médecin qui l'adressa à un chirurgien des hôpitaux. Celui-ci n'hésite pas à lui dire : Vous êtes un homme, — essayez ! — Il essaya donc, non avec l'objet de son affection (avec laquelle il a formé des projets de mariage), mais avec une autre jeune fille moins respectable. Le coït, rendu très difficile par la brièveté et la forme coudée de sa verge, a pu, cependant être pratiqué, la femme se renversant sur le bord du lit, les jambes écartées, et lui se tenant debout. Il y a éjaculation au-dessous de la verge d'un liquide moins

visqueux que le sperme normal et où un examen réitéré, fait par le professeur Ch. Robin et par moi-même, n'a décélé aucun spermatozoïde. Un autre observateur (1) serait parvenu à en rencontrer deux privés de mouvements sur plus de dix préparations. Sans révoquer cette observation en doute, je dois dire qu'elle est surprenante, vu ce que nous connaissons des *cryptorchides*. Or, la descente incomplète et l'atrophie partielle des testicules rangent notre individu dans cette classe.

Je passe à l'examen détaillé des organes génitaux externes :

Le système pileux est disposé comme chez l'homme, et forme une traînée remontant jusqu'à l'ombilic.

L'aspect des grandes lèvres est différent suivant que le sujet est debout ou couché. Lorsqu'il est couché, la grande lèvre du côté gauche est tout à fait effacée et forme une très faible saillie. Celle du côté droit offre une bosselure à la partie supérieure. A la palpation on reconnaît qu'elle est due à la présence du testicule. Lorsque le sujet est debout, la saillie supérieure des grandes lèvres augmente considérablement, surtout à droite. Le testicule qui, dans la position horizontale, remonte jusque dans l'anneau, descend alors jusqu'à la partie supérieure de la grande lèvre. A droite, la saillie déjà signalée du testicule s'augmente considérablement par l'afflux d'une certaine quantité de liquide (hydrocèle péritonéo vaginale). Lorque le sujet est debout, la double saillie testiculaire jointe à la juxtaposition des grandes lèvres donne à la fente pseudo-vulvaire un aspect absolument scrotal, et la verge qui la surmonte ajoute encore à l'apparence masculine; au contraire, lorsque le sujet est couché, que les grandes lèvres sont écartées et qu'on relève la verge, l'apparence féminine est frappante (fig. 2).

Verge. — Dans l'état de flaccidité, sa longueur, prise en appuyant sur le pubis et la redressant légèrement, est d'environ 5 centimètres ; son volume est très légèrement au-dessous

(1) *Gazette des hôpitaux* du 2 février 1883. Voir à ce sujet dans les *Mémoires de la Société de biologie*, t. I, série VIII, p. 21, une longue note où je relève diverses erreurs dans la description de ce même individu, donnée par la *Gazette*

de la normale. Le fourreau de la verge forme supérieurement un prépuce bien conformé; inférieurement il est remplacé sur la ligne médiane par la forte saillie d'une bride médiane très légèrement creusée en rainure. Cette bride part du sommet imperforé du gland, et arrive en bas jusqu'à la racine de la verge. Sa longueur totale est de 3 centimètres. Elle maintient la verge fixée inférieurement et provoque pendant l'érection une forte courbure à concavité inférieure qui est assez douloureuse. En saisissant cette bride avec les doigts, on la détache en bas des parties profondes et elle y paraît dépendre uniquement des téguments; lorsqu'on fait relever la verge et qu'on écarte les grandes lèvres, on observe de chaque côté à leur face interne deux petits replis muqueux d'une extrême finesse, qui partent du prépuce et viennent se rejoindre inférieurement à 3 centimètres en avant de l'anus en formant une véritable *fourchette*. Ces deux replis muqueux sont les analogues des *petites lèvres*.

Méat urinaire. — Il s'ouvre à 2 1/2 centimètres en bas et en arrière de la racine de la verge, dont il est ainsi séparé par une véritable *fosse naviculaire*. Il est caché profondément au fond de la fente pseudo-vulvaire et n'est nullement apparent quand on n'écarte pas les grandes lèvres. Il a tout à fait l'aspect du méat urinaire féminin. Ainsi qu'il a été dit, la bride qui part du sommet imperforé du gland se continue jusqu'au niveau du méat urinaire et se divise pour l'embrasser dans une sorte de boucle. Au-dessous de l'urèthre et masquant le fond de la dépression vulvaire, on voit une autre petite saillie annulaire qui ressemble absolument à un petit *hymen*. En se continuant supérieurement avec la boucle précédemment décrite autour du méat, cette saillie forme une sorte de 8 de chiffre.

Vulve. — L'ouverture pseudo-vulvaire modérément écartée mesure 2 centimètres entre le méat urinaire et la fourchette; elle a à peu près 1 centimètre de profondeur; sa face interne a un aspect muqueux et on y remarque de fines arborisations vasculaires. Le fond, occupé par le repli hyméni-

forme déjà décrit, ne s'enfonce pas à plus de 2 ou 3 millimètres au delà de la petite corolle membraneuse formée par ce repli. On y remarque souvent une sécrétion muqueuse.

Le toucher rectal ne donne aucune sensation nette de prostate. Il semble cependant qu'il existe une légère saillie à la partie médiane et la pression y est un peu douloureuse. Du reste, l'attouchement de toute la surface vulvaire et en particulier du méat urinaire est très difficilement supporté par le sujet. Aucun trouble du côté de la miction. Le cathétérisme n'a pu être pratiqué, le sujet s'y étant obstinément refusé.

Louise B... urine dans la position accroupie, comme une femme.

Aucun antécédent héréditaire ne peut être incriminé. Les parents, le frère, sont très bien conformés et ne présentent aucun vice constitutionnel. Le père était sobre, mais, circonstance très intéressante, il est de tradition dans la famille que Louise B... a été conçue *au retour d'une noce*; il est possible qu'il y eût bu un peu plus que de raison. Je consigne soigneusement ce fait dont l'importance n'est peut-être pas à dédaigner. En effet, l'état des parents au moment de la conception a donné lieu à des observations curieuses : on a noté des troubles nerveux divers chez les enfants dont le père était en état d'ivresse au moment du coït fécondant. (Flemming) (1).

Enfin l'influence des fortes émotions sur la production des monstruosités paraît établie sur des preuves très solides.

J'ai longuement exposé tous les éléments du double problème qu'il nous reste à résoudre, à savoir :

---

(1) « Hésiode prescrivait de s'abstenir du coït au retour des cérémonies « funèbres, de crainte d'engendrer des enfants mélancoliques. Erasme fait dire « à sa *Folie* : « Je ne suis point le fruit d'un ennuyeux devoir conjugal ! » — « Tristam Shandy attribue les fâcheuses particularités de son caractère à une « question faite par sa mère *dans un moment très inopportun*. Un des enfants « adultérins de Louis XIV, conçu pendant une crise de larmes et de remords « de Mme de Montespan, que les cérémonies du Jubilé avaient émue, conserva « toute sa vie un caractère qui le fit nommer l'*enfant du Jubilé*. » (Féré. *La famille névropathique*. ARCH. DE NEUROLOGIE, JANV. 1884.)

1° Le sexe.

2° L'aptitude au mariage.

Sexe. — Louise B... a des testicules, donc Louise B... est un homme. Tel est le résumé de la discussion que nous pourrions prolonger devant vous, mais que nous pouvons trancher presque d'emblée. En effet, c'est là qu'est le véritable *criterium* du sexe. Le doute ne pourrait ici exister que si la rétention des testicules dans l'abdomen ôtait le secours précieux de cette véritable *pièce à conviction.*

Tous les autres caractères auxquels le vulgaire attache une si grande importance ont à nos yeux peu de valeur. L'*absence des seins* ne signifie que peu de chose. S'ils font, à la vérité, rarement défaut chez la femme, ils peuvent pourtant manquer exceptionnellement; d'autre part, on a vu des hommes avec des mamelles féminines, et cela surtout dans les cas de malformation génitale (1). La *verge* pourrait n'être qu'un développement exagéré du *clitoris.* L'*absence de vagin*, en arrière de l'orifice vulvaire, n'est pas une malformation très rare chez la femme; j'en ai observé pour ma part deux exemples, dont l'un est encore dans mes salles. La *barbe*, on le sait, peut parfois orner le sexe faible.

Sans la constatation des testicules, facile ici, il y aurait déjà de très grandes présomptions en faveur du sexe masculin de Louise B..., en raison du type bien connu de malformation auquel répond sa difformité (*hypospadias périnéal*). Cependant, la preuve sans réplique manquerait, — tandis qu'elle existe.

Faut-il pousser la recherche plus loin et aborder ici l'étude de la seconde question : *L'aptitude au mariage?* J'entends l'*aptitude légale*, permettant à l'individu, après prise de possession d'un nouvel état civil, de se marier sans être exposé à voir annuler son union. C'est là un débat trop ex-

(1) M. le Dr Motet a eu la bonté de m'en montrer récemment un très bel exemple à la prison des Jeunes Détenus. Je remercie vivement cet éminent confrère.

clusivement juridique pour que je m'y hasarde. Je me borne à constater ceci :

1° Le sujet est *puissant*, il peut faire œuvre d'homme, plus ou moins imparfaitement, peut-être, mais indubitablement.

2° Le sujet est, il est vrai, *probablement infécond*, mais cela suffit-il à entacher un mariage de nullité? S'il en était ainsi, combien d'unions ne risqueraient-elles pas d'être rompues! Il est grand le nombre des maris qu'une épididymite double a privés de spermatozoïdes. Ils sont inféconds, mais sans le savoir (parfois même avec des preuves du contraire.) — Une jurisprudence qui mettrait l'infécondité au nombre des causes de nullité de mariage serait singulièrement dangereuse.

En terminant, je signalerai à votre attention ce singulier paradoxe anatomique : notre *homme* (qui n'est pas *vierge*) est *pucelle*; il présente un *hymen* bien défini et intact!

L'étude de cette particularité m'a conduit, devant une autre Société, à des conclusions nouvelles sur l'origine et l'homologie de cette membrane (1).

(*Nous reproduisons ci-après la communication faite par M. Pozzi, devant la « Société de biologie », d'après les « Mémoires » de cette Société, avec quelques changements peu importants; l'auteur y a joint une figure nouvelle et des notes additionnelles.*)

DE LA BRIDE MASCULINE DU VESTIBULE CHEZ LA FEMME ET DE L'ORIGINE DE L'HYMEN A PROPOS D'UN CAS D'ABSENCE DU VAGIN, DE L'UTÉRUS ET DES OVAIRES CHEZ UNE JEUNE FILLE, ET D'UN PSEUDO-HERMAPHRODITE MALE.

Je me suis engagé, dans une précédente séance (26 janvier), en vous présentant un pseudo-hermaphrodite mâle (2), à

(1) *Mémoires de la Société de biologie*, 8e série. Tome Ier, p. 21 et suiv.

(2) C'est l'observation qui précède, et dont le résumé a seul été publié dans les Comptes Rendus hebdomadaires de la Société de biologie. 8e série, t. I, p. 42.

revenir sur quelques points intéressants soulevés par l'étude de ce curieux sujet. Je désire aujourd'hui poser devant vous la question de l'*origine de l'hymen*, en appuyant les considérations que je vais vous soumettre sur l'examen d'un nouveau cas tératologique placé sous vos yeux. En voici, tout d'abord, la rapide description :

Obs. — Jeanne B..., âgée de 19 ans, domestique, est entrée dans mon service à Lourcine, atteinte à la fois d'uréthrite blennorrhagique et d'accidents syphilitiques (plaques muqueuses). Il est cependant facile de se convaincre à une première exploration, qu'elle possède une membrane hymen intacte et qu'elle n'a pas de vagin. Des tentatives de coït répétées sont restées infructueuses et n'ont eu d'autre effet que de la rendre doublement malade.

Je vais donner successivement le résultat de l'examen : 1° pour les parties génitales externes ; 2° pour les parties internes.

1° Bassin bien conformé, largeur normale. Les seins sont assez volumineux. Toutes les *parties génitales externes* présentent leur développement ordinaire: Mont de Vénus accusé, système pileux developpé. Les petites lèvres sont un peu exubérantes et se terminent sur un capuchon long et flasque (il y a des habitudes avouées de masturbation). Clitoris un peu au-dessus de l'ordinaire et sensiblement bifide. La bandelette que nous décrirons plus loin sous le nom de *bride vestibulaire* est très manifeste et offre une légère encoche sur la partie latérale droite, comme si elle était décollée ou déchirée en ce point. Méat urinaire saillant ; sur ses parties latérales viennent se terminer les extrémités d'une membrane hymen, parfaitement intacte, et dont les bords offrent une hauteur d'à peu près 1/2 centimètre. E les écartant fortement, on aperçoit le fond imperforé du canal vulvaire, qui présente un aspect blanc nacré et réticulé. Le stylet, promené sur toute cette surface, ne pénètre dans aucun orifice. Fourchette normale. Périnée idem (fig. 3).

2° *Organes génitaux internes.* — Le toucher rectal ne montre aucun vestige d'utérus. Le doigt, poussé le plus haut possible et ramené en avant, arrive directement sur le pubis. Cet examen, répété avec le cathétérisme, donne un résultat conforme ; le doigt, placé dans le r ctum, perçoit partout le bec de la sonde. Les apparences de la puberté (développement des parties génitales externes, des seins et des

poils) sont apparues à l'âge de 12 ans. Il n'y a jamais eu le moindre écoulement sanguin par la vulve, ni aucun des phénomènes réflexes concomitants de l'ovulation. Il ne paraît donc pas y avoir d'ovaires.

Les faits d'absence d'utérus et de vagin sont nombreux dans la science. Il est péremptoirement établi qu'ils sont dus à l'arrêt de développement des conduits de Müller. Je ne veux pas revenir sur un sujet aussi rebattu.

Je ne désire retenir de cette observation qu'un point qui n'a pas jusqu'ici été mis en lumière et qui me paraît capital. *C'est l'existence d'une membrane hymen parfaitement conformée et offrant ses dimensions normales, coïncidant avec le développement régulier de la vulve et l'absence du vagin.*

Pour bien vous montrer l'intérêt de cette observation, il est indispensable que je vous rappelle les discussions récentes auxquelles a donné lieu l'origine de cette membrane.

Il faut avouer que cette question n'avait pas été très agitée jusqu'à ces derniers temps; les auteurs admettaient généralement que l'hymen était dû à un repli de la muqueuse vaginale, soit qu'il était formé par l'adossement de la muqueuse vaginale et de la muqueuse vulvaire (1), et ne s'expliquaient pas plus nettement sur ce point d'embryogénie. M Budin, dont l'opinion paraît concorder avec celle de Henle, est venu lui donner une grande précision par les recherches originales qu'il vous a communiquées il y a quatre ans (2). Voici le résumé des conclusions auxquelles il a été amené.

« On pouvait donc, dit-il, considérer le vagin comme un véritable doigt de gant, présentant à son extrémité antérieure un orifice circulaire, et c'est l'extrémité perforée de ce doigt de gant qui, venant s'insinuer et sortir entre les petites lèvres, constituait ce qu'on appelle l'hymen. » Et ailleurs : « Ainsi donc l'hymen, en tant que membrane propre, spéciale, dis-

(1) Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 3e édition. Paris, 1881, p. 64.

(2) Budin. *Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal* (*Soc. de Biologie, Progrès médical* et *Tirage à part*. Delahaye, 1879).

tincte, indépendante, n'existe pas. La membrane qui apparaît sous les yeux lorsqu'on examine les organes génitaux, et qu'on a décorée du nom d'hymen, n'est autre chose que l'extrémité antérieure du vagin faisant saillie sur la muqueuse vulvaire entre les petites lèvres. Il résulte de cette disposition que la définition de l'orifice vaginal doit être modifiée. On ne peut donc plus dire que « la circonférence externe ou circon« férence d'insertion de l'hymen constitue la limite exacte du « vagin, le pourtour de l'orifice vaginal » (Math. Duncan). C'est plus en avant, au niveau de la circonférence interne de l'hymen, qu'il faut reporter l'orifice du vagin. L'orifice vaginal n'est autre chose que l'orifice hyménéal lui-même. » Plus loin, à propos du développement, M. Budin s'exprime ainsi : « Au fur et à mesure que le fœtus se développe, et avance en âge, l'orifice vaginal se rapproche de l'orifice vulvaire limité par les petites lèvres ; il arrive bientôt à son niveau et arrive même à le dépasser. On pourrait presque comparer là façon dont l'extrémité antérieure du vagin pénètre dans le canal vulvaire à la saillie que fait le col de l'utérus dans le vagin. Le vagin entraîne avec lui l'urèthre qui lui est adhérent. C'est lorsque le vagin s'est ainsi avancé à travers l'orifice limité par le bord interne des petites lèvres que l'hymen devient apparent, et plus le vagin fait saillie, plus il semble développer ce qu'on appelle la membrane hymen. »

Les citations précédentes présentent avec une grande lucidité la conception séduisante de l'auteur. Je ne m'arrêterai pas à discuter ce que certaines de ses assertions ont de contestable, notamment l'erreur relative à la solidarité embryologique de l'urèthre et du vagin, « celui-ci entraînant celui-là qui lui est adhérent (1). » Je ferai grâce également à M. Budin de toute querelle sur la valeur douteuse de la solidarité un peu grossière entre l'hymen et le vagin décélée par la dissection qui a été

(1) L'urèthre en entier chez la femme, la portion membraneuse et prostatique chez l'homme, se développent aux dépens du *sinus uro-genitalis*. Le vagin, il est inutile de le rappeler, se développe aux dépens des conduits de Müller.

l'origine de son mémoire. En anatomie philosophique, rien n'est trompeur comme le scalpel. Je n'ai pas non plus l'intention, dans cette note, de me baser sur le résultat d'observations embryologiques. Il ne m'a pas encore été possible de poursuivre assez loin celles que j'ai commencées pour pouvoir démontrer ainsi, comme j'espère pouvoir le faire, la distinction primitive, originelle, entre l'hymen, dépendance des bords du sillon uro-génital, et le vagin, formé par la fusion et le développement des conduits de Müller, l'un provenant de la formation qu'on a appelée *extérieure*, l'autre de la *formation intermédiaire*. C'est sur un autre ordre de faits que je vais me baser, c'est sur un autre terrain que je vais porter la question. Aussi bien, n'est-ce pas celui dont Geoffroy Saint-Hilaire a montré la valeur prédominante dans les recherches de cet ordre ? — Je tâcherai aujourd'hui d'interpréter devant vous les dispositions normales avec le seul aide de certaines variations tératologiques.

Dans l'observation actuelle il y a eu manifestement avortement complet de la formation intermédiaire (vagin) et développement intégral de la formation extérieure (vulve) ; or nous trouvons un hymen normal. N'est-ce pas une forte présomption, pour ne pas dire plus, en faveur de l'origine extérieure de l'hymen ? Pour échapper à cette conclusion naturelle, il faut faire la supposition peu admissible que, tandis que tout le vagin avortait supérieurement, il se développait juste assez en bas pour donner lieu à la dépression légère que nous avons signalée en arrière de l'hymen, et à cette membrane elle-même. Mais ce fait est formellement en désaccord avec ce que nous savons de l'évolution de la cavité vaginale aux dépens des conduits de Müller, qui procède toujours de haut en bas (1). Si donc une portion de ces conduits avait échappé à

(1) Cf. Richard Geigel. *Ueber Variabilität in der Entwicklung der Geschlechtsorgane* (*Verhandl. der phys. med. Gesellschaft zu Wurzburg* N. F., XVII Bd). — F. Tourneux et Ch. Legay. *Note sur le développement de l'utérus et du vagin* (*Comptes rendus, Soc. de biologie*, 1884, 26 janvier, p. 46).

l'atrophie, c'eût été plutôt la partie supérieure que l'inférieure. — L'explication suivante est bien plus légitime : le petit infundibulum qui occupe, chez cette femme, l'entrée de la vulve, est produit par le *sinus uro-genitalis* que Valentin avait si justement proposé d'appeler *canal* (canalis) *urogénital*, que S. Müller appelait *conduit* (ductus) et que MM. Tourneux et Legay désigneraient volontiers sous le nom de *canal vestibulaire*. Toutes ces dénominations prouvent surabondamment qu'il y a dans le *sinus* plus qu'une fente, — une véritable cavité, — dont nous rencontrons ici le vestige.

J'insiste sur cette particularité capitale, méconnue par certains anatomistes, qui ont trop fortement réagi contre l'opinion fausse de Rathke, pour lequel, on le sait, tout le vagin résultait d'un bourgeonnement du sinus uro-génital. Il ne faut pas tomber dans l'excès contraire et refuser au sinus uro-génital, pour le vagin, une évolution analogue à ce qui se passe en arrière pour le rectum, dont tout le monde admet la formation mixte par abouchement d'un canal anal avec le canal rectal proprement dit (les malformations congénitales mettent ce fait hors de doute). Au point de vue du mode de formation et par suite en anatomie philosophique, il paraît aussi indispensable de distinguer deux régions dans le vagin : l'une, supérieure, qui constitue la totalité de l'organe ainsi nommé en anatomie descriptive, c'est le vagin supérieur ou *mullérien*, si l'on me permet cette expression; l'autre, région inférieure, presque insignifiante au point de vue de ses dimensions qui ne dépassent pas quelques millimètres, confondue dans la description ordinaire avec la vulve dont elle constitue la fosse naviculaire et le pourtour ; c'est en réalité un véritable *vagin inférieur* ou *uro-génital* que ce *canal vulvaire*, véritable homologue de la portion membraneuse de l'urèthre de l'homme, et dont la distinction éclaire d'un jour singulier la comparaison des organes des deux sexes. Seul il existe chez notre femme. D'après la définition que je viens d'en donner, on voit que ce n'est que la *partie cavitaire* de la vulve : il n'y a

pas chez elle le moindre vagin, au sens ordinaire du mot, mais seulement une vulve à laquelle l'hymen est annexé.

C'est ici le lieu de revenir quelque peu, en la rapprochant de la précédente, sur la disposition des parties génitales externes chez notre pseudo-hermaphrodite (hypospadias périnéal). Ces deux sujets sont absolument comparables au double point de vue de l'absence de développement des conduits de Müller (remplacés chez lui par le développement des canaux de Wolff), et de l'*arrêt de développement en type féminin* du sinus uro-génital. — En effet, pour le dire en passant, la femme, au point de vue de ses organes génitaux externes, n'est-elle pas une véritable hypospade ? — L'argument est le même que dans le fait précédent, mais offre une force plus grande encore : pas de développement des canaux de Müller, pas de vagin chez cet homme, et pourtant un hymen, bordant la vulve, qu'il a gardé comme un legs de sa vie embryonnaire. Qu'est-ce à dire, sinon que l'hymen n'a rien à faire avec le vagin proprement dit ? (Voy. fig. 2 et fig. 3.)

Mais là ne va pas s'arrêter l'enseignement de ce fait instructif : Nous avons vu par lui ce que l'hymen *n'était pas ;* il va faire plus, et nous montrer *ce qu'il est.*

Étudions en effet chez cet hypospade les connexions de la membrane hymen. Après avoir formé un anneau complet autour de l'orifice vulvaire, elle se continue manifestement avec deux bandelettes charnues qui entourent le méat urinaire d'une sorte de boucle formant un 8 de chiffre avec celle que figure l'hymen ; au-dessus de l'urèthre, ces bandelettes se juxtaposent et se continuent sous la forme d'une bride saillante et légèrement cannelée en son milieu, qui correspond manifestement à la paroi supérieure de la portion pénienne de l'urèthre non développée. La bride se termine au niveau du sommet imperforé du gland, et sa rainure médiane présente en ce point un léger évasement, qui correspond à la fosse naviculaire absente. Cette bride, qui a souvent sollicité l'intervention des chirurgiens par la gêne qu'elle apporte à l'érection et par les matériaux qu'elle offre pour la reconstitution d'un canal

pénien, a pour cette raison été souvent figurée et décrite ; on ne saurait se méprendre sur sa signification évidente ; elle est le vestige du corps spongieux arrêté (à l'exception du gland) dans son développement anatomique et histologique, ne s'étant pas constitué en canal et n'étant pas devenu érectile. On sait effectivement qu'à l'état fœtal les deux bords du sillon uro-génital qui seront les futurs corps spongieux, ne renferment pas de tissu érectile ; tout récemment encore Wertheimer (1) a vérifié ce fait sur des fœtus de quatre à cinq mois.

Or, nous l'avons vu chez notre hypospade, la bride se divise au niveau du méat urinaire pour se reconstituer au-dessous de lui en formant l'anneau membraneux de l'hymen. Il est difficile d'échapper à cette déduction, tirée de connexions aussi manifestes : si la bride est le vestige des corps spongieux, l'hymen est le vestige de leur renflement postérieur, c'est-à-dire du *bulbe primitif* où le tissu érectile ne s'est pas, non plus, formé par suite du même arrêt de développement.

Est-il possible de retrouver chez la femme vierge l'indice de ces connexions qui nous sont présentées *grossies* pour ainsi dire, ou plutôt, pour me servir d'une expression technique, *grandies*, chez cet hypospade, lequel, au point de vue de ses organes génitaux externes, est un véritable embryon démesuré ?

J'ai recherché soigneusement le fait sur des enfants nouveau-nés et sur deux jeunes filles vierges actuellement dans mes salles. Cette recherche m'a amené à la découverte d'une particularité anatomique non encore signalée, je crois, et qui n'est pas dépourvue d'intérêt.

Si l'on examine les organes génitaux externes de la femme en écartant très légèrement et sans traction les petites lèvres, et relevant le mont de Vénus de façon à tendre modérément le vestibule, on voit à un bon éclairage se dessiner nettement, entre le clitoris et le méat urinaire, un petit organe qui rap-

---

(1) E. Wertheimer. *Recherches sur la structure et le développement des organes génitaux externes de la femme* (*Journal de l'anatomie* de Ch. Robin, 1883, p. 551).

pelle d'une façon frappante la bride de l'hypospadias. On dirait une mince bandelette, à fleur de peau, succédant aux deux petites colonnes charnues qui circonscrivent latéralement le méat urinaire. Sa largeur est de 4 à 6 millimètres; son épaisseur est trop minime pour pouvoir être appréciée; elle paraît si bien incrustée dans le derme de la région vestibulaire, qu'elle ne produit pas le moindre relief. Elle s'y distingue pourtant aisément chez presque toutes les femmes, surtout chez celles dont la vulve n'a pas été déformée par de nombreux accouchements. On la reconnaît surtout par sa teinte un peu plus blanche que celle des tissus avoisinants et par la netteté rectiligne des bords qui la limitent, bien différents des sillons irréguliers produits par le plissement de la muqueuse.

Sur l'enfant nouveau-né elle offre une netteté remarquable et un certain relief; c'est là que je conseille de la rechercher tout d'abord.



FIGURE 1. — *Organes génitaux externes d'un fœtus féminin à terme.*
c, clitoris. — *gl*, grandes lèvres. — *pl*, petites lèvres. — *mu*, méat urinaire.
h, hymen. — *b*, bride masculine du vestibule.

Ses rapports avec le méat urinaire ne sont pas moins importants que ceux qu'elle affecte avec l'orifice vulvaire. Ils rendent compte de la solidarité depuis longtemps signalée et non interprétée entre l'hymen et le méat: ainsi s'expliquent les franges du méat coïncidant avec la disposition frangée de l'hymen (voy. la figure de Luschka dans les *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. T. Gallard, Paris, 1879, p. 113; celle du cas de Ledru dans Courty, *loc. cit.*, p. 112). Ainsi s'expliquent aussi les faits d'oblitération du méat par une membrane dépen-

dant de l'hymen (voy. article MEMBRANE du *Dict. de Nysten* dans toutes les éditions rédigées par Littré et Robin depuis 1855).

Afin de désigner cette disposition par un mot qui rappelle à la fois sa situation et sa signification morphologique, je propose de l'appeler *bride masculine du vestibule.* Je sais bien toutes les critiques qu'on peut adresser à cette épithète de *masculine;* elle a, du moins, le mérite de rappeler clairement l'homologie de ce petit vestige avec ce qui constitue chez l'homme une si importante portion des organes génitaux externes.

Chez la vierge, les connexions de cette *bride masculine* avec l'hymen sont exactement celles de la grosse bride de notre hypospade. Il est impossible de les méconnaître. La bride se divise à la manière des branches d'un Y renversé au niveau du méat urinaire, formant autour de lui un relief qui renforce le tubercule de l'urèthre et qui se continue directement en bas avec la partie supérieure de l'hymen.

Il est intéressant de comparer à ce point de vue spécial l'hypospade et la jeune fille *imperforée.* Chez elle aussi, en arrière de l'hymen, on trouve un petit cul-de-sac, vestige du sinus uro-génital. Mais, tandis que ce qui est situé au-dessous du méat urinaire, chez notre femme, représente les mêmes parties de notre homme, vues pour ainsi dire avec un verre grossissant, la proportion est inverse pour ce qui est situé au-dessus du méat, bride et clitoris minuscules comparés à la bride et à la verge clitoridienne de l'hypospade. Les connexions amplifiées chez l'un n'en sont pas moins reconnaissables chez l'autre.

Pour compléter mes études sur ce sujet, j'ai entrepris une double série de recherches anatomiques.

1° Sur l'embryon, pour déterminer par des coupes l'indépendance de la formation de l'hymen et de celle de l'évolution terminale des canaux de Müller;

2° Sur des enfants et des adultes, pour disséquer la *bride masculine du vestibule* et montrer ses rapports avec l'hymen.

Ces recherches ne sont pas encore assez avancées pour que

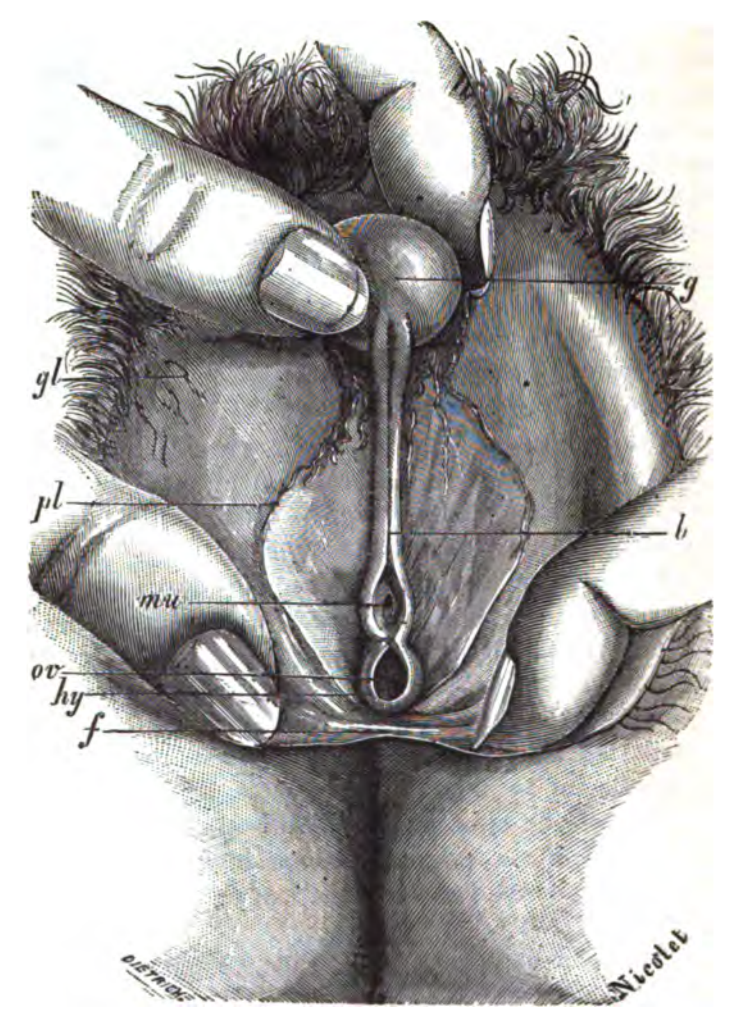


Figure 2. — *Organes génitaux externes d'un homme hypospade* (pseudo-hermaphrodite mâle).
gland. — *gl*, grandes lèvres. — *pl*, petites lèvres. — *mu*, méat urinaire · *ov*, ouverture vulvaire. — *hy*, hymen. — *f*, fourchette. — *b*, bride.

je puisse vous en communiquer le résultat complet aujour-

d'hui. Cependant sur ces pièces, obligeamment préparées par M. Poirier, prosecteur de la Faculté, vous pouvez prendre une

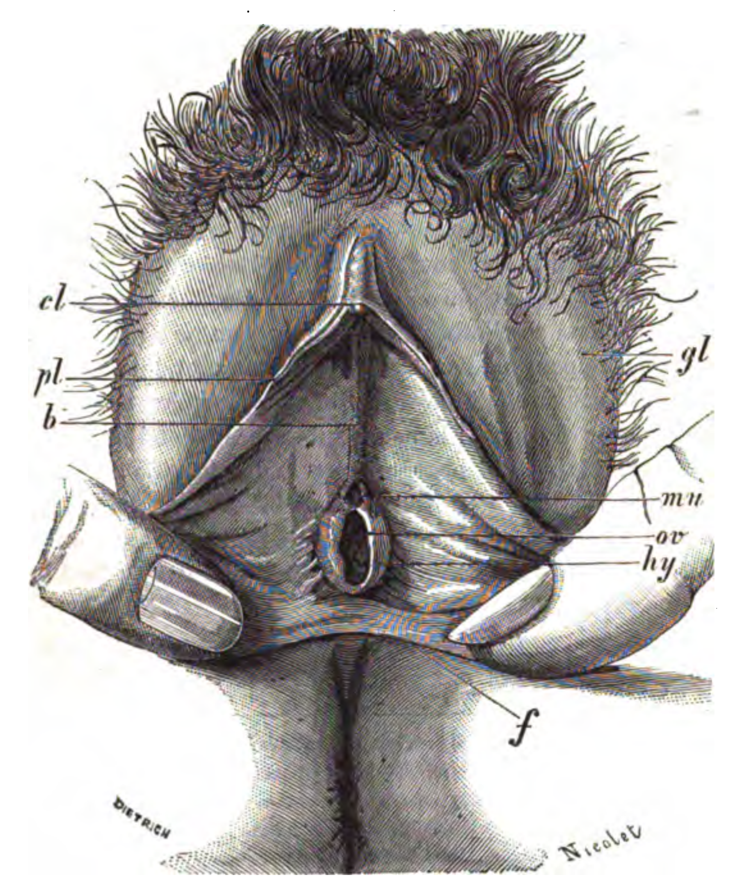


FIGURE 3. — *Organes génitaux d'une jeune fille privée de vagin, d'utérus et d'ovaires.*

cl, clitoris. — *gl*, grandes lèvres. — *pl*, petites lèvres. — *mu*, méat urinaire. — *ov*, ouverture vulvaire. — *hy*, hymen. — *f*, fourchette. — *b*, bride.

bonne idée de la *bride* chez l'adulte. Sur ce fœtus nouveau-né elle est des plus visibles sans dissection (fig. 1).

Si j'ai cru devoir devancer la fin de mes recherches pour vous les soumettre, c'est d'abord pour ne pas mettre un espace exagéré entre deux présentations connexes, ensuite parce que j'ai désiré vous donner la primeur de leurs résultats et m'assurer la priorité pour ce qu'elles peuvent avoir de nouveau.

Je résumerai rapidement les résultats auxquels elles m'ont conduit :

1° L'hymen est une dépendance de la vulve et non du vagin; cette membrane est formée aux dépens du sinus uro-génital, qui forme aussi le très court *canal vestibulaire* qui constitue le seuil ou la marge du *canal vaginal*. Nous observons l'hymen et le canal vestibulaire chez notre femme et chez notre hypospade dépourvus l'un et l'autre de vagin et d'utérus.

2° C'est par suite d'une fausse homologie qu'on a donné le nom de *bulbe du vagin* à la partie inférieure et renflée du riche plexus vasculaire qui occupe toute la hauteur de ce canal, ainsi que l'a démontré Kobelt et vérifié M. Rouget. Il n'y a pas lieu de distinguer là (en anatomie philosophique) un organe distinct et on ne saurait l'assimiler au *bulbe de l'urèthre* de l'homme (1).

Les corps spongieux de l'urèthre (homme) ne sont pas davantage comparables aux petites lèvres (femme) (2). En effet,

(1) (*Note additionnelle.*) S'il y a certainement des cas où l'on cherche en vain chez la femme un organe érectile distinct et répondant à la description classique du bulbe du vagin, il y en a aussi d'autres où du tissu érectile périvulvaire existe, mais alors il confine à l'insertion de l'hymen et leur origine commune est très probable. Je rappelle à ce propos que Henle a trouvé parfois du tissu érectile dans l'épaisseur de l'hymen, fait bien en rapport avec les hémorrhagies graves qu'on a pu observer au moment de la défloration.

(2) Opinion qui semblerait résulter de cette phrase du récent article de M. Wertheimer : « Les deux bords du sillon génital, on le sait, deviennent le corps spongieux de l'homme, et les petites lèvres de la femme » (*Recherches sur les organes génitaux externes de la femme*, in *Journal de l'anatomie*, décembre 1883, 19e année, p. 564). Peut-être l'auteur a-t il simplement voulu dire que ces organes se développent au même point, sans vouloir spécifier une homologie réelle : en ce cas la rédaction prête à confusion.

chez notre hypospade, il existe à la fois des petites lèvres parfaitement caractérisées et des corps spongieux très marqués, quoique atrophiés sous forme de bride. Les corps spongieux sont le résultat d'une formation spéciale le long du bord du sinus uro-génital, bord dont le revêtement externe se développe en grande lèvre et le revêtement interne en petite lèvre chez la femme (ou l'hypospade), tandis que par sa soudure il constitue chez l'homme normal le raphé médian et la cloison des bourses.

3° Un examen attentif décèle dans la région vestibulaire de la femme, entre le clitoris et le méat, une petite bride large chez l'adulte d'un demi-centimètre, reconnaissable à la netteté rectiligne de ses bords, marquée d'une rainure médiane et divisée inférieurement pour entourer le méat urinaire. Quand l'hymen existe, elle paraît se continuer manifestement avec cette membrane. Je propose d'appeler cette bandelette décrite ici pour la première fois, *bride masculine du vestibule*, pour indiquer ses homologies.

4° L'étude de la bride balano-uréthrale signalée dans les cas d'hypospadias et en particulier celle du cas qui vous a été soumis, révèle des connexions identiques pour cette grosse bride et pour la bride atrophiée du vestibule féminin. Elle montre en particulier sa bifidité évidente au niveau du méat urinaire et sa continuité avec l'hymen qui ourle ici l'orifice pseudo-vulvaire. Or, chez l'hypospade, il est clair jusqu'à l'évidence que la bride est un vestige du corps spongieux primitif resté à l'état embryonnaire (où il est dépourvu de tissu érectile). Donc l'hymen de l'hypospade, dépendance de la bride, est une dépendance du corps spongieux primitif, il en est la partie terminale et renflée, le *bulbe*. Cette conclusion peut être rigoureusement appliquée à la femme en suivant pas à pas les connexions similaires. En conséquence, *l'hymen chez la femme est l'analogue du bulbe de l'urèthre chez l'homme* : *c'est le bulbe resté à l'état embryonnaire, non érectile et membraniforme*,

à l'entrée du canal vestibulaire vestige du canal uro-génital (1).

5° Les connexions de la glande de Bartholin (chez la femme) comparées à celles de la glande de Mery ou de Cowper (chez l'homme) peuvent être aisément assimilées. L'allongement considérable du canal excréteur pour les glandes masculines, comparé à leur brièveté relative pour les féminines, doit être

---

(1) (*Note additionnelle.*) Voici comment devrait être comprise, dans l'état actuel de mes recherches (mars 1884), l'homologie des diverses parties de l'appareil génital externe chez l'homme et chez la femme.

HOMME	FEMME
Corps caverneux de la verge.........	Corps caverneux du clitoris.
Partie cylindroïde et glandaire du corps spongieux..	Bride masculine du vestibule et sa terminaison supérieure.
Bulbe de l'urèthre................	Hymen. Tissu érectile para-hyménéal (non constant).
Prépuce.........................	Extrémité du capuchon du clitoris et branche supérieure de bifurcation de la petite lèvre.
Frein du prépuce..................	Branche inférieure de bifurcation de la petite lèvre (dite frein du clitoris).
Fourreau de la verge...............	En haut, capuchon du clitoris ; en bas, lèvres (partie supérieure).
Bourses...... Couche profonde....	Petites lèvres (partie inférieure).
Bourses...... Couche superficielle.	Grandes lèvres (partie inférieure).
Port. pénienne du canal de l'urèthre. Paroi supérieure...	Bride masculine du vestibule.
Port. pénienne du canal de l'urèthre. Parois latérales et inférieure.........	Vestibule proprement dit et petites lèvres (partie supérieure).
Portion du canal de l'urèthre située un peu en avant du collet du bulbe où s'ouvrent les glandes de Cowper.	Portion pré-hyménéale du canal vestibulo-vulvaire, où s'ouvrent les glandes de Bartholin.
Portion membrano-prostatique du canal de l'urèthre jusqu'au niveau de l'utricule prostatique.............	Portion rétro-hyménéale du canal vestibulo vulvaire jusqu'à sa continuation avec le vagin mullérien. (Longueur : quelques millimètres.)
Coupe transversale, à son origine, de la portion spongieuse du canal de l'urèthre.....................	Méat urinaire encadré par la bifurcation de la bride masculine.

particulièrement considéré. Il permet l'ouverture de ce conduit très en avant de la région membraneuse, à une certaine distance en avant de la partie postérieure du bulbe, c'est-à-dire dans un point exactement symétrique de celui qu'occupe l'ouverture du conduit de Bartholin, en avant de l'hymen, à une certaine distance de la fourchette. L'ouverture de la glande de Bartholin dans la portion pré-hyménéale de la vulve est l'origine de cet allongement singulier du conduit de Cowper. Ce n'est que si la glande de Bartholin s'était ouverte en arrière de l'hymen que le conduit de Cowper aurait pu être court; mais alors il aurait dû s'aboucher dans la portion membraneuse de l'urèthre, homologue de la portion rétro-hyménéale de la *marge du vagin* ou *canal vulvaire* de la femme.

6° La *bride masculine du vestibule*, chez la femme, est le vestige de la portion antérieure ou cylindroïde des corps spongieux primitifs, de même que l'*hymen* est le vestige de leur portion postérieure ou ovoïde.

Ce sont véritablement, l'un et l'autre, des organes rudimentaires, ou, pour mieux dire, des résidus d'un état fœtal. — Cette conception rend parfaitement compte du *polymorphisme* et des proportions si variables de ces parties.

NOTE

SUR

LE SPÉCULUM BIVALVE
L'ÉCARTEUR VAGINAL A TROIS BRANCHES

POUR LES OPÉRATIONS DES FISTULES URINAIRES
ET QUELQUES AUTRES APPAREILS ET INSTRUMENTS DE CHIRURGIE GYNIATRIQUE (1)

Du Dr Louis-Adolphe Neugebauer,
de gyniatrie à l'Université de Varsovie
Et médecin ordinateur de l'hôpital du Saint-Esprit à Varsovie.

Par le Dr François Neugebauer (de Varsovie)
(Fils du précédent)

Les instruments de chirurgie gyniatrique du Dr L. Neugebauer (de Varsovie) sont peu connus à l'étranger. Convaincu des importants avantages de ces pièces qui, quoique inventées et publiées pour la première fois il y a plus de vingt ans, n'ont presque pas dépassé les frontières de notre pays, j'ai saisi l'occasion d'un voyage scientifique en Autriche, en Allemagne et en France pour les présenter moi-même en plusieurs endroits aux confrères en gyniatrie.

C'est ainsi que j'ai montré leur application aux Sociétés gynécologiques de Dresde, Leipsick, Berlin, à M. Hégar (de Fribourg), M. Herrgott (de Nancy), enfin pendant un récent

(1) Le mot *gyniatrie* (γυνή : la femme ; ἰατρός : le médecin) indique spécialement la partie de la gynécologie en dehors de l'obstétrique. Ce mot nous paraît mieux approprié que tout autre aux maladies des femmes proprement dites.

séjour à Paris, à la séance de la Société de chirurgie du 4 décembre 1883 et à plusieurs de nos savants confrères parisiens.

Sur la demande spéciale de M. Leblond, rédacteur en chef de ce journal, je me suis résolu à publier la note suivante sur ces instruments. Je ne décrirai que les pièces principales, en me conformant autant que possible aux propres paroles dont se servit L. Neugebauer, dans ses publications originales, faites la plupart dans des journaux polonais, russes et allemands, dont j'ajouterai l'index à la fin de cette communication.

LE SPÉCULUM VAGINAL BIVALVE

(DIOPTRA VAGINALIS BIVALVA)

[*Voir l'index bibliographique*, I, III, XXI, XXII, XXIII.]

Le spéculum bivalve a été construit et publié pour la première fois en 1855 (voir l'index bibliographique I) et présenté l'année suivante à l'assemblée trente-deuxième des naturalistes et médecins d'Allemagne à Vienne, dont le compte rendu (voir l'index bibliographique III) contient la description et les dessins de cet instrument. Cet ouvrage étant très peu répandu dans les bibliothèques, il me paraît utile de le reproduire ici en partie, car il contient un précieux index bibliographique sur la litérature des spécula.

L'auteur dit : « Dès une époque très reculée on considérait le spéculum ou métroscope (1) comme un des plus importants moyens pour l'exploration et le traitement des maladies de la matrice et du vagin. Nous en avons la preuve dans les nombreuses variations de forme et grandeur que cet instrument a

---

(1) Pour les notes, voir la suite de l'article au prochain numéro.

subies dès l'époque de Gallien et d'Aétius (1 *bis*) jusqu'à cette époque. Néanmoins les spécula contemporains ont, malgré une construction souvent très ingénieuse, certains inconvénients qu'on pourrait éviter.

Un spéculum doit écarter les parois du vagin sans causer aucune lésion ou irritation en dilatant le canal génital. Il doit rendre visible le museau de tanche, les culs-de-sac et les parois du vagin dans une position et une distance telles que nous puissions voir nettement et commodément, et en même temps atteindre facilement le terrain opératoire avec nos instruments et au besoin avec nos doigts. Le but paraît d'abord facile à obtenir, cependant en examinant les spécula connus jusqu'à cette époque (1856), on trouve qu'il n'y en a pas un seul qui remplisse en même temps toutes les conditions indiquées.

D'abord la plupart de ces instruments ont une longueur excessive, d'où il en résulte plusieurs inconvénients, surtout dans les spécula qui ont la forme d'un tube simple et droit; car il faut les introduire à une profondeur de 10 à 13 centimètres ou plus dans le canal génital pour engager le museau de tanche dans l'orifice antérieur du spéculum. Cette manœuvre ne réussit quelquefois qu'à l'aide de manipulations plus ou moins douloureuses et désagréables pour les femmes.

La distance naturelle et absolue de l'utérus à l'orifice du vagin ne dépassant habituellement pas 10 centimètres, on repousse l'utérus par ces longs tubes en l'éloignant de l'orifice vaginal et en changeant sa position naturelle, ce qui cause souvent des douleurs, même des lésions à la femme.

D'ailleurs les spécula en tube droit, ayant souvent une longueur même au-dessus de 13 centimètres, en éloignant l'utérus, nous forcent à opérer dans une distance beaucoup plus grande que celle qu'on trouve à l'état normal et qui devrait servir pour ainsi dire de base à l'opération.

Cette catégorie des spécula est surtout représentée par les instruments en *tube cylindrique* de Bozzini (2), Canella (3), Weiss (4), par les *spécula en quille* ou *entonnoir* de Récamier (5), Bosquillon (6), Dupuytren (7), Riques (8), Lair (9),

Galezowski (10), Dubois (11), Lisfranc (12), Mélier (13), Fricke (14), Jobert (15), J.-L. Fenner (16), Martin (17), Dieffenbach (18), Warden (19), Lubanski (20), Blasius (21), Behm (22), Behrens (23), Osterland et Hacker (24), Haslam (25), Ferguson (26), Mayer (27), Stoltz (28), enfin par les spécula *en tube renflé* (*ventré*) de Colombat (29), et par le spéculum ventré représenté par Seerig (30), dont l'orifice postérieur a une position oblique.

On trouvera d'ailleurs les mêmes inconvénients dans les tubes dont se servaient d'Outrepont (31), Lockock (32) et H. Kempen (33) pour placer les sangsues sur le museau de tanche, et dans les tubes destinés aux bains de la matrice par Jörg (34), Dufresne-Chassaigne (35) et Raciborski (36).

Mêmes inconvénients pour tous les spécula « composés » ou « brisés », construits de façon que les branches, tout en restant parallèles, s'écartent l'une de l'autre à l'aide d'un mécanisme placé sur la surface inférieure des valves ou sur la poignée de l'instrument. Je compte parmi eux le dioptre d'Aétius d'Amide (37) et le spéculum probablement peu différent de Paul d'Égine (38) et d'autres médecins grecs; j'y compte aussi les deux spécula d'Abulcasis (39), qui consistaient dans une paire de plaques de bois d'ébène ou de buis, situées parallèles l'une à l'autre et s'écartant, tout en restant parallèles, à l'aide d'une vis placée dans la poignée de l'instrument; ajoutons le spéculum trivalve de Paracelse d'Hohenheim (40), de Jacob Rüff (41), d'Ambroise Paré (42), de Scultet (43), de Mauriceau (44), Weiss (45), Hatin (46), les spécula bivalves de Scultet (47), Heister (48), Mme Boivin (49), Dugès (50), Charrière (51) de même les modifications du dernier instrument faites par Ségalas (52), Brioude (53) et Charrière (54) lui-même, enfin les spécula de Guillon (55), Reybard (56) et le spéculum à six branches de Magonty (57).

[Dans cet endroit de l'ouvrage que nous traduisons, l'auteur dit qu'il lui était impossible tout à l'heure (1856) de juger les spécula des anciens médecins grecs et romains, qu'on avait trouvés dans les décombres de villes romaines : Pompéi et Her-

culanum. L'auteur avait en vain fait des recherches d'après le mémoire de Vulpes : *Gli instrumenti scavati in Ercolano ed in Pompeji, raccolti nel real museo borbonico di Napoli ed ora illustrati* (Napoli, 1846, fascicolo I, in-4). Le lecteur trouvera les dessins et une description de ces deux spécula dans un mémoire ultérieur écrit en polonais par mon père, que je suis en train de traduire pour les *Annales de Gynécologie :*

O narzedziach starozytnych chirurgicznych i gynijatrycznych odnalezionych w ruinach miast rzymskich Pompeji i Herkulaneum. Przyczynek do historyi chirurgii i gynijatryki. Napisal Dr med. Ludwik Adolf Neugebauer (Z. 90 drzeworytami w tekscie) (Odbicie z Pamietnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Tom 78. Warszawa, 1882, in-8 str. 441-498 i 675-785). Str. 150-166, fig. 87, 88, 89.

De même, l'auteur avait échoué à se procurer des renseignements spéciaux sur le spéculum de Sanctorius qui l'avait décrit dans son œuvre : *Commentarius in I. Fen. I libri Canonis Avicennæ* (Venetiis, 1626, in-folio), selon une note de Rinna v. Sarenbach (*Repertorium der vorzügl. Curarten u. Heilmethoden*, u. s. w., Bd., III Güns, 1855, in-8, S. 281).]

Dans toute cette catégorie de spéculums, outre les inconvénients cités il y en a encore bien d'autres : 1° la plupart de ces spécula, aussitôt qu'on les ouvre, dilatent outre mesure l'entrée du vagin; 2° de même que dans presque toutes ces espèces de spéculums les plis de la muqueuse vaginale s'engagent facilement entre les branches de l'instrument et en faisant saillie dans la lumière du spéculum, couvrent de cette façon en partie le museau de tanche et empêchent de voir le col de l'utérus; 3° aussi peuvent-elles facilement froisser la muqueuse.

Les mêmes désavantages se trouvent dans une autre espèce de spécula composés, construits de façon que les valves s'écartent à l'aide d'un mécanisme placé en arrière et au-dessous des valves, de telle sorte qu'en s'éloignant en totalité l'une de l'autre, elles présentent en même temps une divergence de leurs extrémités antérieures : spécula composés de Lisfranc (58),

Jobert (59), Fricke (60) et Schwörer (61). Un peu plus avantageux sont les instruments « composés », dont les branches sont unies par une articulation à leur base et qui, en s'ouvrant, ne peuvent guère s'écarter que par leur partie postérieure l'une de l'autre; tels sont les deux spécula quadrivalvaires de Bozzini (62), les spécula bivalves de Sirhenry (63), Bennet (64), Ricord (65); les imitations du spéculum Ricord faites par Peraire (66), Abendroth (67), Zeiss (68) et Charrière (69. Très singulier est le spéculum représenté par Marteli Frank (70) dans son *Traité de chirurgie;* il se compose de deux demi-tubes en quilles, joints au milieu par une articulation; les branches divergent en avant et en arrière à la fois ou en avant ou en arrière selon le maniement de l'appareil.

Ajoutons les spécula trivalves d'Ehrmann (71), Busch (72), Lane (73), enfin les spécula sextivalvaires de Colombat (74) et de Sat-Deygalières (75-76).

La position relative de l'articulation des valves dans ces instruments permet de faire pénétrer le tube sans une dilatation considérable de l'entrée du vagin, et, une fois le spéculum introduit, d'écarter les extrémités antérieures des branches presque sans augmentation de la dilatation de l'orifice vaginal. Cependant presque toutes ces pièces ont l'inconvénient cité de laisser pénétrer la muqueuse entre leurs valves et d'être d'une longueur telle, qu'à l'exception du spéculum d'Ehrmann, elles mesurent de 13 à 16 centimètres.

Le spéculum d'Heurteloup (77 est construit d'une façon tout à fait singulière; il consiste en deux valves en grilles, jointes aux deux extrémités par des anneaux transverses; il est bien pratique pour l'examen du vagin, mais non pour celui de la matrice, puisqu'il est trop long et ne laisse pas voir le museau de tanche.

Le spéculum de Beaumont (78), dont les valves s'écartent en avant pareilles aux branches d'un parapluie, ne paraît servir qu'à l'examen du vagin.

Il me paraît que, de tous les spécula ci-devant décrits, ceux-là sont les meilleurs, qui consistent principalement en

deux branches à semi-tube, qui ne sont en aucune façon jointes l'une à l'autre, mais qu'on peut réunir en un tube unique, comme ils ont été inventés et décrits par Récamier (79) et Piorry (80). [J'ajouterai à ces derniers instruments le spéculum pareil à deux valves de Duparcque (81).]

Déjà Zang (82) avait, pour se faciliter l'opération des fistules vésico-vaginales, écarté les lèvres et l'entrée du vagin à l'aide de deux crochets courbes plats (modification des crochets d'Arnaud), dont il se servait comme de spéculum. De pareils crochets sont employés, comme je le sais d'après une communication verbale de M. Kilian à Bonn, par M. Wutzer dans ladite opération. Les crochets sont simplement des plaques métalliques longues de 5 et larges de 2 cent. 1/2 et garnies à leurs extrémités postérieures d'une poignée, montée sous un angle obtus. De même aussi Kilian avait-il proposé, en 1835, de se servir pour l'écartement des parois vaginales dans les opérations des fistules vaginales de deux crochets, enveloppés de cuir. J'ai vu moi-même quelque chose de pareil dans la clinique gyniatrique du professeur Spaeth au Joséphinum, Vienne. Les crochets de Spaeth en plaques d'argent moderne (*Neusilber*), longues de 15 à 16 et larges de 2 centimètres, légèrement cannelées, presque plates, avaient des poignées en bois, montées sous un angle grand ouvert. Ces plaques, qu'on pourrait comparer aux gorgerets, servent aussi à retenir les plis de la muqueuse vaginale pendant l'application du spéculum de Ricord.

Cependant elles constituent elles-mêmes une sorte de spéculum, puisqu'on peut bien rendre visible la matrice avec ces crochets sans aucun autre appareil. Il serait par trop incommode de maintenir les deux crochets pendant chaque exploration de la matrice. — Quoi qu'il en soit, il est évident que cet appareil, comme spéculum, possède un immense avantage : *C'est de pouvoir maintenir et diriger dans chaque sens et position les deux plaques tout à fait libres et indépendantes l'une de l'autre.*

C'est donc une idée fort ingénieuse de Récamier et de

Piorry de n'avoir pas joint par une articulation les deux branches demi-cylindriques de leurs spécula, mais de les avoir laissées séparées l'une de l'autre.

Cependant un examen approfondi montre que ni Récamier ni Piorry n'ont fourni tout ce qu'ils pouvaient donner, c'est-à-dire montrer nettement le museau de tanche et le fond du vagin aux yeux du médecin à une distance moindre possible, tout en ménageant autant que faire se peut ces parties et la vulve. Quoique par défaut de l'articulation le maniement des branches soit devenu beaucoup plus libre, il ne l'est pas encore assez, — d'ailleurs la matrice est, surtout dans l'instrument de Piorry, tenue à une distance trop grande ; enfin si l'on ouvre le spéculum, les deux branches s'écartent l'une de l'autre sous un angle aigu, ce qui peut facilement donner lieu à un froissement de la muqueuse sur lès bords des valves.

Parmi tous les spécula de nos devanciers, il n'y en avait pas un seul qui remplissait entièrement sa tâche. J'ai voulu construire un spéculum servant aussi bien à l'examen diagnostique qu'à certaines petites opérations, *spéculum qui permît de faire l'examen du museau de tanche et du fond du vagin à une étendue aussi grande et à une distance aussi courte que possible de l'œil et du doigt de l'opérateur.*

J'ai suivi l'exemple de Zang, qui s'était servi des crochets modifiés d'Arnaud, idée plus perfectionnée par les branches libres de Récamier et de Piorry.

J'ai réussi à construire un spéculum pareil aux instruments de Récamier et de Piorry, qui ne présentât pas les inconvénients de ces derniers et qui m'a rendu d'excellents services dans la pratique. C'est pourquoi j'ai cru devoir rendre publique la description suivante de cet instrument.

Mon appareil se compose de quatre pièces en plaques métalliques de différentes grandeurs et tout à fait séparées l'une de l'autre ; chacune des plaques est formée d'une valve en semi-tube (cuiller vaginale) et d'une poignée droite. Les plaques sont faites en argent moderne (ou cuivre nikelé) de demi à 3 millimètres d'épaisseur. Chacune des quatre cuillers représente un

segment d'un hémi-cylindre courbé en anneau (d'un diamètre de 32 centimètres), la concavité du semi-tube tournée en dehors, les rebords du semi-tube sont aplatis vers les deux extrémités.

La cuiller vue de profil se présente sous la forme d'une faucille semi-lunaire, dont le rebord concave représente une partie de l'anneau indiqué dont le rebord convexe suit une courbure à peu près parabolique.

Voici les dimensions des cuillers (83) :

La plus grande est longue de 10 cent., large de 3 cent. 1/2 et haute vers son milieu de 3 cent. (en direction verticale).

La cuiller suivante est un peu plus petite que la précédente, de telle sorte que si on la place dans la plus grande elle soit couverte entièrement, sauf le bout antérieur. Entre la seconde et la troisième, la troisième et la quatrième cuiller il y a les mêmes proportions de grandeur.

Les poignées, longues de 10 centimètres et larges de 12 à 15 millimètres, sont jointes aux cuillers sous un angle de 100°.

Les quatre pièces ne sont jamais employées à la fois, mais elles présentent trois spécula de différentes grandeurs, dont chacun se compose de deux plaques.

Selon la grandeur de l'orifice vaginal et les dimensions du vagin on fait la combinaison de la première avec la seconde, de la seconde avec la troisième valve, etc.

Cette composition ou cet assortiment de quatre valves suffit pour l'usage quotidien; pour les cas exceptionnels on pourrait ajouter une cinquième cuiller encore plus petite (83).

On introduit d'abord la plus grande des deux cuillers choisies (l'ouverture du semi-tube tournée en avant et en haut) dans le vagin jusqu'à la poignée de la valve, puis on introduit la seconde valve, plus courte, plus petite, moins large (l'ouverture du semi-tube tournée en arrière et en bas) dans la plus grande située déjà au vagin, en la faisant glisser doucement dans la concavité de la gouttière de celle-ci ; à mesure qu'on a passé l'arc du pubis, on baisse la poignée et on plonge

la seconde valve complètement dans le vagin. La valve plus étroite est maintenue dans le vagin par la valve plus large, dans laquelle elle est fixée par le contact des deux rebords des semi-tubes.

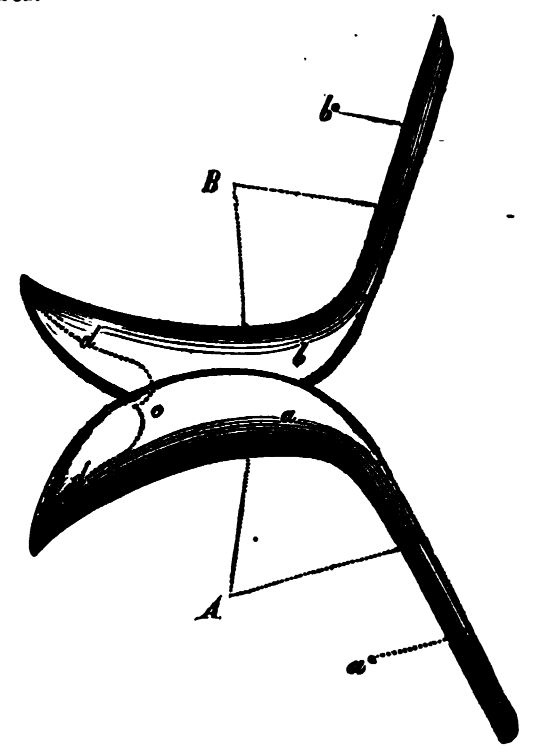


FIGURE 1. — *Dioptra bivalva.*

a, cuiller large, introduite la première.
b, cuiller étroite.
a' b', poignées des valves.
c, orifice utérin.
dd, muqueuse des culs-de-sac du vagin et des parois du museau de tanche.
A, la valve inférieure plus large.
B, la valve supérieure plus étroite.

Après l'introduction de l'instrument on se trouve, grâce à sa construction, en état non seulement d'examiner le museau de tanche et la muqueuse du fond du vagin dans une étendue

plus grande que dans aucun des spécula cités, mais aussi de toucher du doigt lesdites parties du vagin à la condition qu'il ne soit pas trop rigide et étroit.

Les poignées du spéculum rapprochées l'une de l'autre, les extrémités antérieures des cuillers, qui sont, outre cela, courbées en dehors, s'écartent, le museau de tanche entre pour ainsi dire lui-même dans le bec entr'ouvert du spéculum, l'axe du vagin se raccourcit en même temps, et grâce à ce raccourcissement du vagin, la matrice descend et se rapproche selon la manœuvre de l'entrée du vagin, aussitôt qu'elle ne se trouve pas fixée par des conditions spéciales. L'axe du vagin se raccourcissant proportionnellement à l'écartement des becs des cuillers, son fond s'étale aussi bien que possible. Souvent on voit descendre à une distance de 5 centimètres de l'entrée du vagin le museau de tanche, sans qu'il présente d'allongement pathologique.

Voici (fig. 1) le dessin qui présente schématiquement la position du museau de tanche engagé dans le spéculum introduit dans le vagin, les cuillers plongées complètement jusqu'aux poignées de l'instrument.

Pour introduire le spéculum, il faut faire attention à donner au siège une position élevée, si on fait l'examen au lit, afin qu'on ne se trouve pas gêné par les poignées des valves, qui en touchant le lit empêcheront un maniement libre des valves. Aussi vaut-il mieux faire l'examen sur une table ou sur une chaise spéciale, comme on les emploie habituellement pour l'examen au spéculum, ou sur le bord du lit en donnant à la malade une position en travers du lit, le siège reposant sur le bord même du lit et soulevé par un coussin. Pour introduire d'abord la valve inférieure, je saisis la poignée par la main droite, de façon que je la tienne parmi le pouce situé sur la concavité et l'index et le médius situés sur le dos de la poignée, j'écarte les lèvres et les nymphes par l'index et le pouce de la main gauche, j'introduis le bec de ma cuiller dans l'orifice du vagin et je la plonge entière, tout en la faisant glisser doucement dans l'excavation du sacrum en suivant l'axe du

vagin, c'est-à-dire en élevant la poignée au fur et à mesure que la cuiller avance dans le vagin. La première cuiller introduite se maintient elle-même en position. Puis je prends la poignée de la valve introduite dans la pleine main gauche et l'ayant saisie pour la fixer, j'écarte en même temps une

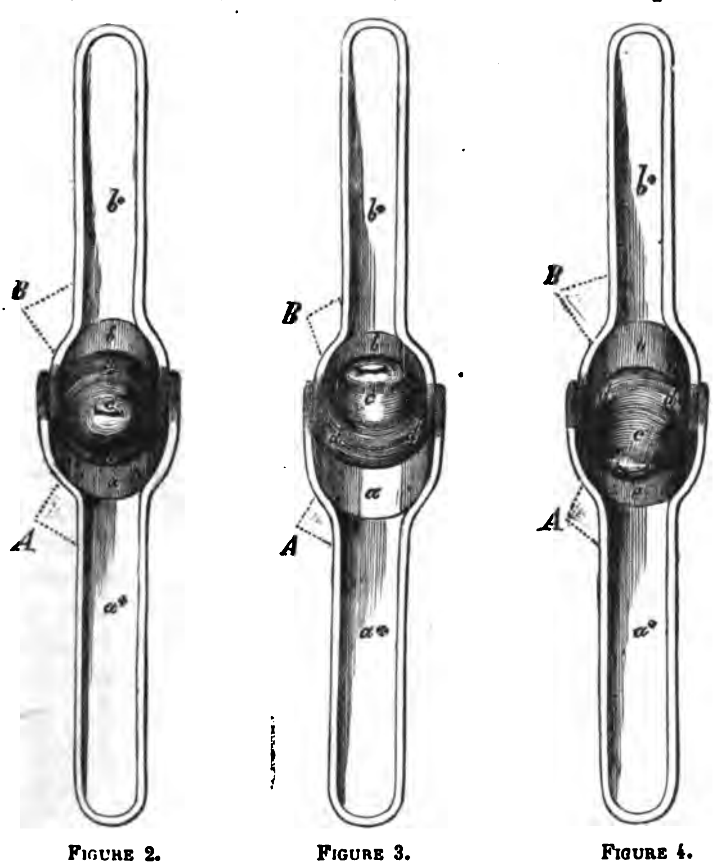


FIGURE 2. FIGURE 3. FIGURE 4.

seconde fois les petites lèvres pour introduire, tout en suivant de même par une rotation l'axe du vagin, de la main droite la cuiller supérieure.

Le spéculum introduit se maintient lui-même en position, ce qui est bien avantageux, au point de vue pratique, sans

aucune vis à fermer, puisque les valves sont indépendantes l'une de l'autre et ne présentent aucune articulation que lorsqu'elles sont introduites. Le spéculum introduit sans plonger trop profondément les cuillers, la plupart du temps le museau de tanche apparaît immédiatement dans l'ouverture de

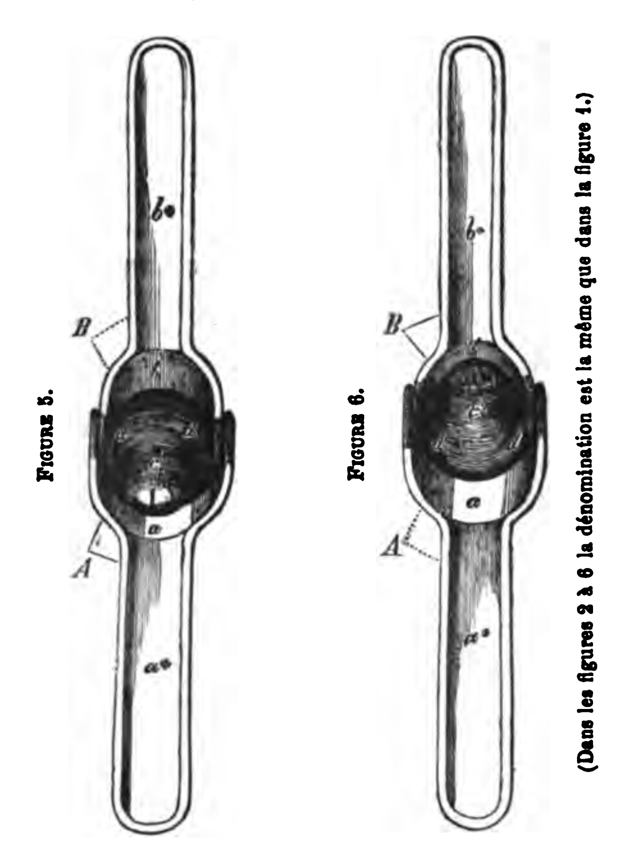


FIGURE 5. FIGURE 6.

(Dans les figures 2 à 6 la dénomination est la même que dans la figure 1.)

notre tube bivalvaire, il se présente dans une direction qu'on regarde dans l'orifice utérin. Si l'on pousse un peu plus profondément la cuiller inférieure, le museau de tanche est entraîné par la pointe de cette cuiller entrant plus profondément en bas et en arrière, et l'on aperçoit le cul-de-sac antérieur et la surface supérieure du museau de tanche.

Grâce à ce mouvement de la cuiller antérieure on voit se présenter le cul-de-sac postérieur, la surface inférieure du museau de tanche. Tournez, tout en position, le spéculum de façon à ce que les poignées soient dirigées à droite et à gauche au lieu d'être dirigées de haut en bas et vous examinerez avec la même facilité les parties latérales du fond du vagin. (Voir les figures 2 à 6.)

La figure 2 représente le spéculum introduit vu de face, l'orifice utérin du museau de tanche situé au centre du tube; la figure 3 montre l'aspect du cul-de-sac postérieur; la figure 4 l'aspect du cul-de-sac antérieur; enfin, les figures 5 et 6 l'aspect des parties latérales du fond du vagin.

De cette façon on fera l'examen tout autour du museau de tanche sans causer aucune douleur par les maniements de recherche.

Selon ce que nous venons de dire, on aperçoit que la destination de ce spéculum est principalement de rendre visible le museau de tanche et les parties supérieures du vagin. Cependant, tout en retirant doucement l'une ou l'autre ou toutes les deux valves à la fois, c'est-à-dire l'instrument entier, on voit les parois du vagin défiler, pour ainsi dire, sur le bec plus ou moins entr'ouvert du spéculum, et l'on peut facilement examiner toute l'étendue des parois vaginales, les parties inférieures; aussi pourrait-on creuser des fenêtres dans les cuillers si l'on voulait.

En faisant la comparaison de ces spécula avec les instruments sus-décrits, dit l'auteur, on ne peut leur refuser certains avantages :

1° « *Le spéculum, la grandeur des cuillers bien choisie, introduit et manié doucement et de la façon décrite, ne cause ni incommodité ni douleur à la femme.* »

2° « *Le spéculum montre non seulement le museau de tanche, mais aussi les parois du vagin dans une étendue telle qu'aucun des spécula connus jusqu'à cette époque* (1856) *ne peut en faire voir à moins de causer des douleurs à la femme.* »

3° « *Le spéculum permet d'examiner tout le pourtour du museau de tanche.* »

4° « *Le spéculum n'éloigne pas comme les pièces précédentes la matrice de l'explorateur, mais, en raccourcissant le vagin, il la rapproche au contraire et permet le plus souvent de l'atteindre du doigt.* »

Depuis l'époque où mon père publia ce mémoire, on a considérablement enrichi l'arsenal gyniatrique des spécula, et l'on a construit une quantité énorme de nouveaux modèles d'une construction souvent très ingénieuse, tout en ajoutant des mécanismes pour maintenir en place le spéculum par lui-

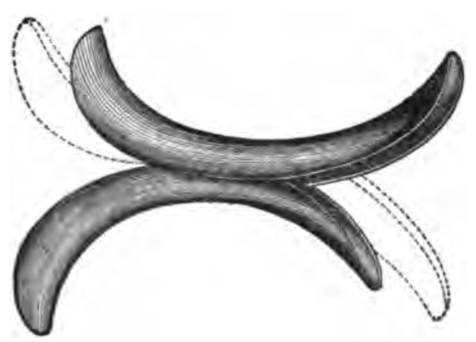


FIGURE 7. (Lutaud : *loc. cit.*, fig. 13.)

même. Je sais bien que parmi ces pièces il y a une quantité d'instruments très pratiques, comme le spéculum, en tube de verre, court de Mayer, employé presque toujours par mon illustre maître le professeur Schrœder; le tube en verre, de même très court, employé par M. Bandl, les différentes pièces des spécula de Cusco, Bouveret, Gemrig et beaucoup d'autres. Tout en rendant justice aux différents avantages de ces pièces, il me paraît qu'après le tube simple en verre qui, à part la facilité de son maniement, présente l'inconvénient qu'il le faut maintenir par la main et qu'il ne possède qu'un lumen invariable, le spéculum à deux valves de Neugebauer est un des meilleurs spécula, d'autant plus que sa construction est la plus simple. Puis il a l'avantage de se maintenir lui-même

en place et l'avantage que les quatre valves, qui emboîtées l'une dans l'autre sont d'un volume peu considérable, nous présentent en même temps trois spécula de différente grandeur. Enfin les cuillers sont faciles à nettoyer et ne pourraient se casser facilement.

(*A suivre.*)

CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES

Du docteur T. GALLARD

A L'HOTEL-DIEU DE PARIS

LEÇONS SUR LA DYSMÉNORRHÉE

Recueillies et rédigées par le Dr **André Petit**, ancien interne des hôpitaux.

SUITE (1).

Quant-à l'interprétation qui fait de la membrane, expulsée au moment de la crise dysménorrhéique, une caduque renfermant un produit de conception de quelques semaines, elle est, aussi, parfaitement exacte, dans un certain nombre de cas.

On a prétendu que, chez une même femme, la persistance de la cause qui a déterminé un premier avortement peut expliquer la répétition d'accidents semblables pendant un certain nombre de mois consécutifs, et que, dès lors, les symptômes dysménorrhéiques périodiquement observés sont le résultat d'une série de petites fausses couches, de moins d'un mois de date; mais cette explication me paraît peu satisfaisante, et, — sans parler de ce qu'il y a d'extraordinaire dans cette répétition mensuelle d'avortements successifs, — on ne peut admettre, avec une semblable hypothèse, la périodicité

(1) Voir *Annales de gynécologie,* numéro de mars 1884.

régulière des accidents : la conception, suivie de l'expulsion de l'œuf, occasionnant presque toujours un retard plus ou moins considérable dans l'apparition du flux sanguin qui entraîne les membranes.

La confusion ne me paraît pas cependant aussi facile à commettre, qu'on l'a prétendu, entre une caduque et une membrane dysménorrhéique véritable. La caduque présente, il est vrai, une surface interne lisse et une surface externe rugueuse, villeuse : caractères que l'on retrouve, ainsi que je vous le dirai bientôt, dans la membrane dysménorrhéique en dehors de tout état de conception ; mais, ainsi que l'a fort bien fait remarquer Bernutz (1), dans l'avortement, le sac expulsé est toujours arrondi et jamais triangulaire, comme celui qui est le produit de l'exfoliation de la muqueuse dans la dysménorrhée membraneuse. De plus, Beigel (2) signale comme caractères distinctifs de la caduque les saillies qu'elle offre à sa face interne, et l'existence, généralement près d'un orifice tubaire, d'une loge pour l'œuf humain, qui, à ce moment, n'a pas encore contracté d'adhérences; cette loge est aisément mise en évidence sur une coupe de la caduque (3).

Ces signes distinctifs de la caduque, faciles à constater lorsque le sac membraneux est expulsé en entier, passeraient, à coup sûr, bien souvent inaperçus lorsque la membrane se présente sous forme de lambeaux plus ou moins considérables; mais on peut recourir alors au mode d'examen préconisé par de Sinéty (4) et qui permet, après macération dans l'acide picrique et lavage dans l'eau, de distinguer nettement les villosités choriales, offrant un aspect rameux caractéristique.

Enfin, le produit de la conception lui-même n'échappe pas aussi facilement aux recherches qu'on l'a parfois avancé; il

---

(1) Bernutz. *Journal des sages-femmes*, février 1848. Leçon recueillie par Ch. Bertrand.

(2) Beigel. *Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtes*, t. I.

(3) Farre. *Encyclopédie de Todd*, vol. VI, p. 653.

(4) De Sinéty. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1876, t. XXVIII.

est en effet, vers le quinzième ou vingtième jour, déjà du volume d'une petite noisette et peut, sans grand'peine, être retrouvé au milieu des caillots sanguins ou des membranes.

Je suis convaincu, d'ailleurs, que la fréquence relative des faits de ce genre a été sensiblement exagérée; ainsi, dans une communication à la Société de biologie (1), de Sinéty dit avoir rencontré, sur 12 examens de membranes dysménorrhéiques, une fois seulement un caillot fibrineux, et 11 fois un produit de conception, et il semble tout disposé à rejeter les autres variétés de membranes; il est vrai que, dans son *Traité de gynécologie*, il se montre plus éclectique et décrit une forme de dysménorrhée membraneuse caractérisée par l'exfoliation de la muqueuse utérine.

Cette forme, qui lui paraît être l'exception, est au contraire la règle, suivant moi.

Il est, du reste, en dehors des caractères physiques et micrographiques des membranes expulsées, un certain nombre de particularités relatives aux conditions dans lesquelles se produisent parfois les accidents dysménorrhéiques, assez significatives pour démontrer, à n'en pouvoir douter, qu'il ne s'agit point, dans ce cas, d'un produit de conception.

C'est, tout d'abord, l'existence de la dysménorrhée membraneuse chez des filles vierges, vue deux fois par Williams sur un relevé de 14 cas (2). Le même fait est expressément signalé par Beigel qui rapporte succinctement l'observation d'une jeune fille de 21 ans, présentant encore la membrane hymen intacte, et chez laquelle Solowieff a constaté tous les signes de la dysménorrhée membraneuse (3). Enfin, Courty a publié quatre observations analogues (4). D'ailleurs, on voit la dysménorrhée avec expulsion de membranes se produire égale-

(1) *Société de biologie*, 29 avril 1876.

(2) Williams. *Archives de tocologie*, 1878, t. V, p. 353.

(3) Alexander Solowief. *Decidua menstrualis*. In *Arch. für Gynækologie*, Bd II, p. 66.

(4) Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*; 2e édit., p. 455 et suiv.

ment chez certaines femmes, alors que la suspension momentanée de tout rapport sexuel ne peut laisser place au doute et permet d'exclure l'hypothèse d'un avortement. Ce fait est noté d'une façon très explicite, dans une observation de Morgagni, qui peut être à bon droit considérée comme renfermant la première description probante de cette curieuse perturbation menstruelle (1).

Il s'agit d'une femme mariée, mère de plusieurs enfants, qui était affectée de leucorrhée et de métrorrhagies intermenstruelles peu abondantes, mais douloureuses, revenant surtout à l'occasion du coït. Elle présenta, vers l'âge de 34 ans, « un « nouveau genre de maladie qui revint fort souvent, dans « l'espace de deux ans, toujours à une certaine époque, à savoir, « à celle des menstrues. » Elle éprouvait des douleurs analogues à celles de l'accouchement, et, au milieu d'un flux sanguin plus abondant qu'à l'ordinaire, « elle rendait par l'utérus « un corps qui paraissait membraneux, et qui était d'une « forme et d'une grosseur qui répondaient assez bien à la cavité « triangulaire de l'utérus ; il était un peu convexe extérieure- « rement, et cette face externe était inégale et non sans un « grand nombre de filaments qui paraissaient avoir été arra- « chés des endroits où ils étaient adhérents ; mais il était creux « en dedans, où il se trouvait lisse et humecté comme par une « humeur aqueuse qu'il aurait contenue auparavant et qu'il « aurait répandue, en sortant, par un grand trou qui existait « à l'un des angles, et qui s'était sans doute ouvert par l'effet « du tiraillement. »

Morgagni ajoute, et ce fait a une grande importance, ainsi que nous le verrons par la suite, que « quelquefois ce corps « sortait, non pas entier, mais divisé en petits morceaux qui « étaient rendus les uns après les autres » et qu'alors « les dou- « leurs recommençaient aussi alternativement. »

Les caractères, si nettement décrits, de la membrane

(1) Morgagni. *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies.* Lettre 48e.

expulsée pourraient à la rigueur nous autoriser à écarter l'hypothèse d'un produit de conception, mais d'ailleurs il serait difficile de conserver à cet égard le moindre doute, puisque l'auteur nous apprend que « quatre de ces sortes d'avortements « très pénibles se sont reproduits dans les quatre mois pendant « lesquels la malade s'était abstenue de communiquer avec « son mari. » Du reste, découragée par l'insuccès des divers traitements mis en œuvre, et peut-être aussi trouvant peu de son goût une continence aussi prolongée, la malade « ne voulut plus coucher à part » et devint enceinte. Elle fit une fausse couche de quatre mois, à la suite de laquelle elle eut deux époques de règles exemptes de tout accident. Puis les troubles dysménorrhéiques reparurent, pour s'éloigner progressivement vers l'époque de la ménopause, et cesser définitivement lorsqu'elle fut établie.

J'ai, de même, observé chez une des malades dont je vous ai parlé déjà, l'expulsion d'une membrane dysménorrhéique après une période intercalaire pendant laquelle tout rapport sexuel avait été suspendu. Il ne pouvait donc être question d'une caduque en semblable occurrence, et l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un simple caillot fibrineux.

Sans vouloir revenir sur les phénomènes qui accompagnent la menstruation au niveau de la muqueuse utérine, phénomènes dont je vous ai longuement entretenu dans une autre partie de ces leçons, je puis vous rappeler que, à chaque époque de règles, il se produit normalement une exfoliation de la muqueuse ; mais elle se fait, en général, par petits lambeaux de faible étendue, passant inaperçus au milieu du flux sanguin cataménial, faute de recherches minutieuses qui ne présenteraient, d'ailleurs, aucune utilité pratique en l'absence de tout phénomène pathologique. Mais si l'exfoliation de la muqueuse utérine est rendue plus difficile par suite de sa tuméfaction excessive, si elle se fait en masse au lieu de s'opérer, comme à l'état sain, par fragments ou par lambeaux minimes, elle devient alors la véritable ou du moins la principale cause des accidents de la dysménorrhée membraneuse.

Cette relation intime entre la mue épithéliale physiologique de la période cataméniale et l'exfoliation totale de la dysménorrhée membraneuse, qui n'est que l'exagération du phénomène normal, a été nettement indiquée par Beigel (1). Pour lui, la chute de l'épithélium sans douleurs véritables, l'exfoliation douloureuse par petits lambeaux et l'expulsion du revêtement entier de la cavité utérine ne sont que les trois degrés d'un même processus, auxquels on a donné les noms de *molimen menstruel*, *dysménorrhée nerveuse* et *dysménorrhée membraneuse*.

Lorsque cette membrane est intacte et qu'elle n'a subi aucune déchirure, elle présente, comme dans le cas de Morgagni, la forme d'un petit sac triangulaire reproduisant le moule parfait de la cavité utérine, et ayant, comme elle, trois orifices au niveau de ses angles; un, plus considérable, correspond au canal cervical, et les deux autres, plus petits, aux *ostia uterina*.

Dans quelques cas assez rares, Gauthier (de Genève) a observé que, « aux portions plus ou moins considérables de la membrane muqueuse de l'utérus s'ajoutent, sous forme d'appendices, des fragments de la muqueuse vaginale ou de celle de la portion vaginale du col (2). »

La surface externe de la petite poche, celle qui correspond aux couches profondes de la muqueuse utérine, est tomenteuse, inégale, présente des saillies plus ou moins considérables, suivant que la muqueuse a été plus ou moins complètement intéressée dans l'exfoliation dont elle a été le siège; la surface interne au contraire est unie, lisse et correspond à l'épithélium utérin. Il faut cependant avoir présente à l'esprit la possibilité d'une disposition précisément inverse, observée dans quelques cas, et qui provient de ce que la muqueuse utérine, restée sans doute en partie adhérente au pourtour du col alors qu'elle était

(1) Beigel. *Loc. cit.*

(2) V. Gauthier. *De la pathogénie de la dysménorrhée membraneuse* (Congrès international des sciences médicales, 5e session, p. 460). Genève, 1877.

déjà détachée dans le reste de son étendue, a été retournée, comme un doigt de gant, sous les efforts d'expulsion, résultant des contractions de la matrice.

Ces contractions, provoquées par la présence de la membrane dans la cavité utérine, et dont le but est l'issue finale de la portion exfoliée de la muqueuse jouant le rôle d'un véritable corps étranger, déterminent les vives douleurs qui caractérisent la crise de dysménorrhée membraneuse et qui se produisent, ainsi que je vous l'ai dit précédemment, en deux périodes, séparées par un intervalle de calme relatif. J'ai déjà insisté sur la pathogénie du second accès douloureux résultant de l'obturation plus ou moins complète du canal cervical par la membrane, engagée à l'orifice interne, et de la rétention, au-dessus de l'obstacle, du sang menstruel; cette interprétation, si rationnelle, est admise par tous les auteurs, et Gauthier prétend même (1) que « l'exfoliation peut exister sans dysménorrhée, si les orifices utérins sont larges et dilatés. » Je vous parlerai dans un instant d'un cas de ce genre.

Beigel est également fort explicite à cet égard et dit (2) : « Les symptômes douloureux, qui accompagnent la menstruation membraneuse n'ont pas grande signification : d'une part, parce qu'ils ne sont pas constants, d'autre part, parce qu'ils sont suffisamment expliqués par la rétention menstruelle qui les occasionne. Dans le cas où un lambeau assez considérable de la muqueuse se détache, sans être expulsé immédiatement, il peut bien arriver qu'il oblitère l'orifice interne de la cavité cervicale, en sorte qu'il est totalement impossible au sang de s'écouler au dehors ; il s'accumule dans la cavité utérine, et cela en telle quantité, qu'il développe une hématométrie complète et considérable. »

Cette hématométrie peut, d'ailleurs, être la cause prochaine d'une dilatation des trompes et, par un mécanisme sur lequel

---

(1) Gauthier (de Genève). *Loc. cit.*, p. 464.

(2) Beigel, *Loc. cit.*

a insisté Bernutz (1), du reflux du sang dans la cavité péritonéale, c'est-à-dire de la formation d'une hématocèle péri-utérine.

Les preuves anatomiques les moins contestables permettent aujourd'hui d'établir d'une façon péremptoire l'origine muqueuse des membranes dysménorrhéiques dans un grand nombre de cas ; les examens histologiques pratiqués avec tant de compétence par de Sinéty lui-même ne laissent aucun doute à cet égard, et des observations fort probantes ont été publiées par Tilt (2), par Courty (3), par Laboulbène (4), etc. Je puis d'ailleurs vous rapporter quelques observations analogues recueillies dans mon service et qui ont été, de la part de mon ancien interne, P. Richer, l'objet de recherches microscopiques très complètes.

L'une d'entre elles est relative à une sage-femme qui expulsa, à diverses reprises, des lambeaux membraneux au moment de ses époques de règles. Les premiers qui nous ont été remis consistaient en trois lambeaux de forme très irrégulière, à bords déchiquetés, dont le plus grand mesurait de 4 à 5 centimètres de longueur : l'une des faces était villeuse, hérissée de touffes disposées irrégulièrement et de villosités très fines faciles à distinguer sous l'eau ; l'autre surface était lisse, mamelonnée et criblée de petits orifices. Ces débris membraneux, d'une coloration grisâtre, offraient une épaisseur maxima de 1 millimètre et, en d'autres points, étaient tellement minces, qu'ils devenaient transparents. L'examen histologique pratiqué sur des coupes minces après durcissement dans la gomme et l'alcool, et coloration par le picrocarmin, a permis de constater l'existence d'un stroma formé

(1) Bernutz et Goupil. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. Paris, 1860.

(2) Tilt. *Arch. of med.*, t. III, p. 96, 1861 ; et *On uterine and ovarian inflammation (exfoliative internal metritis)*, p. 267, London, 1862.

(3) Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 2e edit., p. 451.

(4) Laboulbène. *Comptes rendus de la Société de biologie*, t. II, 1850, et *Traité d'anatomie pathologique*, p. 837, 1879.

par l'accumulation d'un grand nombre d'éléments cellulaires de forme variée, ronds, ovales ou fusiformes, et de dimensions assez diverses. Les plus petits, ronds pour la plupart, mesurent 4 μ, tandis que les plus grands, ovales, ont en moyenne 10 μ dans leur plus grand diamètre. En quelques points de ce stroma on rencontre des débris d'épithélium cylindrique glandulaire, et l'on voit un certain nombre de vaisseaux sanguins de petit calibre, variant de 12 à 16 μ.

Un nouvel examen pratiqué plus tard sur des membranes d'aspect tout analogue, expulsées avec les règles par la même malade, a fourni des résultats identiques : stroma entièrement semblable au précédent, surmonté, du côté de la surface lisse, d'un revêtement épithélial cubique très incomplet; vaisseaux nombreux, volumineux, tortueux, dont quelques-uns sont obstrués par un coagulum fibrineux; autour de certains vaisseaux, et dans la trame même du tissu, petites hémorrhagies interstitielles ; enfin, débris de glandes en tube dilatées, tapissées d'épithélium cubique et présentant un contenu composé de cellules polygonales.

Chez une autre malade de ma clientèle privée, qui habitait une grande ville du Nord, les membranes étaient constituées par des fragments très irréguliers, de coloration jaunâtre, fort minces et présentant des villosités sur une de leurs faces, tandis que l'autre était mamelonnée et criblée de petits pertuis. Sur des coupes pratiquées par P. Richer, on a pu voir que le stroma, analogue à celui des préparations dont je viens de vous donner la description détaillée, renfermait des débris de glandes en tube avec épithélium cubique et contenu de cellules polygonales; on y rencontrait également des vaisseaux sanguins contournés de petit calibre.

Est-il besoin, messieurs, de multiplier les observations et d'accumuler de plus nombreux examens histologiques; la répétition en serait fastidieuse et n'offrirait même pas l'intérêt de servir à rendre la démonstration plus complète. Aucun doute, en effet, ne peut subsister, il me semble, sur la nature des membranes dysménorrhéiques expulsées par ces deux

malades; il s'agit évidemment des débris exfoliés de la muqueuse utérine suffisamment caractérisée par son épithélium, par les débris glandulaires et la présence des vaisseaux sanguins.

Ce sont là les produits pathologiques que j'ai le plus fréquemment rencontrés dans les cas fort nombreux qui ont été soumis à mon observation, et je suis certain que ces débris se retrouveraient plus souvent au milieu du sang menstruel des femmes affectées de dysménorrhée, si on avait la précaution de les y rechercher avec autant de soin que je le fais chez toutes mes malades. Peut-être même y verrait-on plus souvent qu'on ne le pense, au lieu de simples débris, des muqueuses entières, comme cela avait eu lieu pour le cas de Morgagni et comme cela s'est reproduit chez une de mes clientes, qui en a expulsé une semblable le 1er mai 1882, au moment d'une époque de règles non douloureuses. C'est une femme qui avait alors 34 ans; elle était atteinte de métrite avec antécourbure et légère ulcération du col; et, chose assez étrange, c'est qu'elle affirme que ses règles n'ont jamais été douloureuses, quoiqu'elles se soient toujours accompagnées, depuis l'instauration cataméniale, de l'issue d'une membrane analogue à celle que j'ai recueillie.

Voici quel a été le résultat de l'examen de cette pièce, pratiqué au laboratoire d'histologie de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. A l'examen macroscopique, la membrane présente la forme de la cavité utérine; son épaisseur est d'environ 3 millimètres; sa face externe est lisse, sa face interne est tomenteuse avec de nombreuses saillies. Au microscope, sur des coupes durcies dans l'alcool absolu et colorées par le picrocarminate d'ammoniaque, on distingue nettement les éléments de la muqueuse utérine. Les glandes en tubes présentent un développement assez considérable; elles sont sinueuses, flexueuses. Leur paroi subsiste, mais infiltrée de nombreux éléments embryonnaires. Dans leur cavité, on voit des cellules troubles. Le tissu conjonctif interglandulaire renferme de nombreuses cellules embryonnaires, de nombreux globules

blancs; il a les caractères du tissu conjonctif jeune. Les capilaires sont dilatés; par places on rencontre des amas de globules sanguins. En résumé, le produit expulsé est constitué par la muqueuse utérine dont les éléments sont hypertrophiés.

De tout ce que je viens de vous dire, il résulte donc clairement, messieurs, qu'il ne faut pas être exclusif et rapporter à un seul produit morbide les membranes expulsées par les femmes atteintes de dysménorrhée, ces produits pouvant être : tantôt le résultat d'un avortement au début de la gestation, ce qui est le fait certainement le plus rare; tantôt de simples caillots fibrineux moulés sur la cavité utérine dans laquelle ils ont séjourné; tantôt enfin, et c'est ce qui constitue la règle de beaucoup la plus générale, des débris de la membrane muqueuse exfoliée. Je dois ajouter que cette exfoliation, qui se produit toujours avec plus ou moins d'abondance et d'une façon physiologique à chaque époque menstruelle, ne s'accompagne pas forcément des phénomènes douloureux de la dysménorrhée, lorsque dépassant les limites ordinaires elle détermine l'expulsion, non plus seulement de simples lambeaux, mais de la totalité de la muqueuse, comme cela s'est produit chez la femme dont je viens de vous parler en dernier lieu.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

REVUE TRIMESTRIELLE DES PROGRÈS DE L'OBSTÉTRIQUE ET DE LA GYNÉCOLOGIE EN ALLEMAGNE

Par le Dr Hofmeier
Assistant à la clinique gynécologique du professeur Carl Schröder (de Berlin).

Après une entrée en matière, dans laquelle l'auteur semble s'excuser de ne pas entrer dans de longs détails, il pose la question de sa-

voir si, après un contact avec des produits infectieux, l'accoucheur doit s'abstenir de toute manipulation obstétricale, ou s'il lui suffit de se désinfecter complètement.

En réponse à une communication par Swiecicky, dans laquelle on exigeait une abstinence d'une semaine au moins, Loechlin (de Berlin) a répondu à la Société obstétricale de Berlin, en s'appuyant sur une expérience étendue, que, vu l'impossibilité pratique de l'abstention complète, une désinfection énergique peut et doit suffire. Dans la discussion qui suivit, presque tous les auditeurs (Schrœder, Martin, Ruge et d'autres) furent d'accord qu'une désinfection complète est possible; Fristch et Wiener, de Breslau, ont exprimé la même opinion, de même qu'Ahlfeld; à la clinique de Breslau, sous la direction de Spiegelberg, on admettait les étudiants au sortir des salles de dissection, auprès des parturientes, ce qui certainement est loin d'être sans objection, et ne se fait probablement pas dans d'autres cliniques allemandes. On peut résumer la discussion en disant que la majorité des accoucheurs allemands, se fondant sur leur expérience, croient à la possibilité d'une désinfection parfaite, après un contact infectieux, quoique, dans la règle et surtout dans l'enseignement clinique, il faille s'en tenir à l'antisepsie la plus stricte.

Puis se pose la question : Quel est le meilleur, le moins cher et le plus agréable désinfectant de l'accoucheur? Depuis que les recherches de Koch ont démontré la valeur antizymotique et désinfectante extraordinaire du sublimé corrosif, même en très petite quantité, et depuis que cette valeur a été reconnue dans les rapports publiés sur les cliniques chirurgicales, les accoucheurs allemands se sont décidés, tardivement il est vrai, à employer cet agent. Topolski (de Breslau), Broex (de Berlin), Wiedow (de Fribourg), Kehrer (de Heidelberg), ont successivement reconnu que les qualités antiseptiques d'une solution a 1/100 de bichlorure de mercure sont toujours suffisantes dans les accouchements. Il est probable que la solution à 2 pour 1.000 suffira. Hegar, dans un Mémoire lu devant la réunion des naturalistes et des médecins à Fribourg, dit qu'il emploie, dans les laparotomies, des solutions au millième. La question du degré de la solution n'est donc pas fixée, non plus que celle de l'application de l'agent. L'expérience jugera et de nouveaux travaux éclaireront ces points.

Dans un autre champ de recherches, la prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés a été fort agitée. Crédé (de Leipzig) a sans cesse

publié les excellents résultats que lui a donnés sa méthode prophylactique, l'instillation d'une solution à 2/100 de nitrate d'argent dans le sac conjonctival, faite aussitôt après la naissance. Essayée à Stuttgard, à Berlin, elle a donné de très bons résultats (Bayer, Kœnigstein, Fuerst); à Vienne, on l'a trouvée si excellente que les autorités en ont exigé l'application dans toutes les maternités et dans tous les hôpitaux d'enfants trouvés de la Basse-Autriche. D'après Fuerst, il vaut mieux faire les instillations tout de suite après la naissance. Crédé n'attache pas une grande importance au moment où elles sont faites. Faut-il les faire dans la clientèle privée et les laisser faire aux sages-femmes? Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point, qui ne tardera sans doute pas à être examiné.

Quoique l'expression immédiate du placenta, méthode nouvelle, introduite par cet éminent accoucheur, il y a vingt ou vingt-cinq ans (1), paraisse faire son chemin, elle ne laisse pas que de soulever quelque opposition. Il y a douze ou dix-huit mois, plusieurs voix se sont élevées contre l'expression prématurée du placenta (Runge, Dohrn, Schultze), si bien que Crédé a dû limiter l'application de sa méthode, et l'appuyer de son expérience. Récemment (*Reports and Investigations from the obstetric Clinic at Giessen*, 1883) Ahlfeld a exposé en détail les nombreux dangers de cette méthode. Ahlfeld attribue principalement ces dangers aux hémorrhagies secondaires et à la rétention des membranes, qui est, suivant lui, une des causes les plus fréquentes des maladies puerpérales. Sa méthode, absolument expectante, ne parle pas beaucoup en faveur de l'exactitude de ses conclusions théoriques.

L'auteur a cependant entendu, au Congrès médical de Fribourg, Hegar et Freund dire qu'ils préfèrent l'expectation absolue à la méthode de Crédé. Et pourtant il croit que, soit dans la plupart des cliniques allemandes, soit dans la pratique particulière, en Allemagne, on continuera à employer l'expression placentaire d'une façon judicieuse.

Dans le champ de la pratique obstétricale, deux questions ont été particulièrement discutées, soit dans la presse, soit dans les sociétés

(1) L'expression du placenta est indiquée dans les œuvres de Jacques Duval (1610). V. la réimpression publiée par J. Liseux et A. Drouin, à Paris, en 1880. (A.-C.)

savantes : c'est le traitement du placenta prævia et la rupture de l'utérus pendant l'accouchement. L'auteur préconise hautement la version hâtive avec l'extension lente, qui lui a donné à la clinique obstétricale de si bons résultats qu'il l'a chaudement recommandée à ses collègues. Sur 37 cas, il n'en a perdu qu'*un* dans la troisième semaine du *puerperium*. Le Dr Behm, assistant du professeur Gusserow (de Berlin), a confirmé les excellents résultats de cette pratique, dans un Mémoire publié récemment dans le *Zeitschrift für Gynækologie*. Sur 45 cas, Behm n'en a pas perdu un. Total statistique 1,2 0/0. L'auteur diffère légèrement de Behm; il aide l'expulsion fœtale par une traction modérée; l'expectation pure, théoriquement paraît préférable, mais, en pratique, elle donne naissance à de très sérieuses difficultés. La statistique de Hofmeier donne une mortalité fœtale de 63 0/0, celle de Behm monte à 77,5. Ces chiffres, tout élevés qu'ils sont, ne s'éloignent guère de ceux qu'invoquent les auteurs : 60 0/0, et, en Allemagne, on n'accorde généralement pas une valeur égale à la vie de la mère et à celle de l'enfant. Hofmeier est donc convaincu que la version faite de bonne heure, et suivie de l'expectation, dans l'insertion vicieuse du placenta, prévaudra désormais en Allemagne. Cependant le Dr Jungbluth, dans le dernier numéro de la *Sammlung*, de Volkman, et au Congrès de Fribourg, a proposé de traiter le placenta prævia par l'application d'éponges désinfectées. Il ne peut fonder son éloge de cette méthode que sur 6 cas; il faut espérer qu'il n'aura pas d'imitateurs.

La rupture utérine pendant le travail paraissait avoir trouvé un bon traitement dans le drainage adopté avec succès dans trois cas, à la clinique de Schrœder, à Berlin; la question semblait résolue. Quelques cas s'étant terminés favorablement sans drainage, Hofmeier les a examinés de près et est arrivé à la conclusion que c'étaient pour la plupart des cas favorables par eux-mêmes : la rupture était peu étendue l'enfant n'avait pas passé dans l'abdomen, ou le péritoine n'était pas intéressé. Il ne semble pas que le drainage constitue un avantage dans les cas graves, lorsque le fœtus a passé totalement dans l'abdomen. Les observations, d'autre part, démontrent que dans les cas peu graves une grosse opération, telle que la laparotomie, est formellement contre-indiquée. Au récent congrès de Fribourg, ç'a été l'opinion de Kaltenbach, appuyée par Müller (de Berne), et par Schatz (de Rostook).

Dans la *pelviologie*, deux mémoires méritent une mention : celui

du Dr Veit, qui porte sur l'examen de nombreux bassins de nouveau-nés et qui combat l'idée soutenue principalement par Fehling et Kehrer, que le fœtus a une prédisposition congénitale à certaines déformations pelviennes ; puis les travaux de Neugebauer sur les bassins spondylolisthétiques. Neugebauer est arrivé à démontrer, soit par l'examen des pièces déposées dans les musées allemands, soit par celui d'adultes vivants, que cette déformation est plus commune qu'on ne le croyait. Suivant lui, elle tient, non à une chute de la cinquième vertèbre lombaire en entier, mais à une séparation traumatique du corps et de l'arc de cette vertèbre, de laquelle il résulte que le corps vertébral ayant perdu son support, la colonne entière glisse dans le bassin. Les recherches attentives de Neugebauer ne laissent aucun doute sur l'étiologie de cette déformation.

Enfin, on peut mentionner les expériences intéressantes d'Ahlfeld, réunies dans le mémoire déjà cité, au sujet du pouvoir absorbant de la surface interne de l'utérus, pendant la puerpéralité, en rapport avec la rétraction utérine. Ahlfeld arrive à la conclusion positive que l'absorption est moindre lorsque l'utérus est rétracté que lorsqu'il est relâché, et que la puissance d'absorption est à son maximum du troisième au sixième jour. Les expériences ont été faites avec des solutions étendues d'acide salicylique, dont l'absorption était contrôlée par l'analyse de l'urine.

L'intérêt qui s'attache à la gynécologie générale se traduit par des travaux sérieux sur la menstruation et ses rapports avec l'ovulation. Wyder a publié un mémoire anatomique sur l'état de la muqueuse utérine pendant la menstruation. Léopold en a fait un sur ses recherches sur la menstruation et l'ovulation. Wyder s'est borné presque exclusivement à l'examen des excrétions utérines pendant les règles; il a soigneusement « passé au crible » les travaux publiés à ce sujet. En somme, il arrive à la conclusion que les faits rapportés par Mœricke et Sinéty, sur la conservation complète de la muqueuse pendant la menstruation, sont confirmés dans nombre de cas, mais qu'on ne peut nier une exfoliation partielle des couches superficielles. Cette exfoliation affecte spécialement les parties dans lesquelles ou au-dessous desquelles le sang a exsudé. Il nie décidément le fait affirmé par Kundrat et Engelmann, que les couches superficielles de la muqueuse subissent une dégénérescence graisseuse.

Le mémoire de Léopold a pour objet la démonstration anatomique des relations temporaires de l'ovulation et de la menstruation. Pour

cela, il a réussi à se procurer 29 paires d'ovaires enlevées à des femmes mortes subitement, ou châtrées ; ces pièces ont été prises à des dates variables de la période menstruelle. Elles lui démontrent que la vésicule, pouvant se rompre à un moment quelconque, l'ovule correspondant peut être fécondé ; et que, par suite, il peut se former un corps jaune en dehors de la menstruation, tout comme les règles peuvent ne pas produire un corps jaune. Les règles, pour lui, dépendent de l'état de la muqueuse utérine et sont entièrement indépendantes de la maturation des ovules.

« La méthode de Léopold est la seule qui nous permette d'approcher de la solution de cette importante question. »

Les gynécologues allemands s'occupent beaucoup des indications précises et de la technique des grosses opérations. Hegar a prôné l'oophorectomie dans le traitement des fibro-myômes ; ce sujet a été dernièrement discuté par lui-même et par son assistant, le Dr Wiedow, au congrès de Fribourg. Il a déjà fait 18 opérations de ce genre. Il a présenté plusieurs opérées, quelques-unes châtrées depuis longtemps, chez lesquelles le résultat était parfait, en ce sens, que les hémorrhagies avaient complètement cessé et que le volume des tumeurs avait diminué.

Müller, aussi, a rapporté quelques cas réussis ; mais aucun gynécologue allemand ne semble posséder une statistique quelque peu considérable. Schrœder s'est efforcé de perfectionner la technique et de préciser les indications. Lomer, de la clinique de Schrœder, a publié l'*Énucléation des myômes*, dans lequel il cherche surtout à savoir quels sont les myômes qui sont justiciables de la laparotomie, et quels sont ceux qu'il faut opérer par le vagin. Ces derniers, dans son opinion, sont les myômes du col et ceux des variétés sous-muqueuse et interstitielle qui se présentent dans le vagin. Lorsque le col est intact, il faut rejeter l'énucléation, qui est trop dangereuse, et faire l'opération abdominale. Lorsque l'accouchement est compliqué par des myômes cervicaux, il faut d'abord chercher à les énucléer.

L'auteur cite, à l'appui de cette observation, un cas probablement unique : Une femme, arrivée au troisième mois de sa grossesse, fut envoyée à Schrœder, pour qu'il pratiquât l'accouchement prématuré, à cause d'un myôme cervical qui occupait tout le petit bassin. Il dit à la malade de revenir vers la fin de sa grossesse pour subir l'énucléation de la tumeur. Il la fit près du terme. L'énucléation du myôme, qui avait de 12 à 16 centimètres de volume, fut aisée, et l'o-

pérée eut unaccouchement et un *puerpérisme* presque normaux. Ce cas semble très satisfaisant, surtout si on le compare avec un cas « presque analogue », publié par Beurner (de Greifswald), dans lequel l'opération ésarienne fut faite; l'opérée succomba.

Schrœder a si bien perfectionné le manuel opératoire des myômes, qu'avec lui il n'y a plus de fibro-myômes inopérables. Le résultat de ses opérations, de plus en plus nombreuses et plue heureuses, a été publié dans les comptes rendus de la *British medical Association* de 1883.

Jusqu'ici, les tumeurs sous-péritonéales du tissu connectif pelvien ont présenté des difficultés presque insurmontables, à cause de l'impossibilité de leur faire un pédicule *utile*. Schrœder, maintenant, les opère de façon à sectionner la couche péritonéale qui les recouvre, après avoir lié les ligaments larges, et les fait sortir par énucléation du tissu conjonctif pelvien. Il lui est ainsi presque toujours possible d'obtenir un bon pédicule, qui consiste surtout dans le col ou la partie inférieure de l'utérus, qu'il serre avec un tube de caoutchouc. Puis il sectionne la tumeur ; il nettoie le pédicule, lie les vaisseaux visibles et suture le myôme avec des sutures en étages (etagennäthe), de façon à rapprocher les couches péritonéales. Cette méthode a pour partisans la plupart des Allemands. Quoiqu'il n'ait pas absolument rejeté l'oophorectomie pour les myômes, Schrœder ne l'a faite qu'une fois.

Quant à la castration en dehors des fibromes, on n'en rapporte que peu d'observations. Elle n'a pas beaucoup de partisans en Allemagne, et on ne l'a pas encore jugée. Hegar a présenté quelques femmes châtrées, mais il n'a pas eu que des succès. Tauffer a publié quelques cas dont le résultat est douteux. Il en a été fait un bon nombre à la clinique de Schrœder, pour les maladies de l'ovaire ; les observations seront publiées prochainement.

Parmi les opérations gynécologiques « plus graves », la colpohystérotomie, l'extirpation de l'utérus par le vagin, intéressent les gynécologues allemands. On ne fait plus guère l'opération de Freund. Freund, cependant, la fait encore, et il enlève aussi les glandes carcinomateuses. Schatz (de Rostock), Fritsch (de Breslau), travaillent à en faciliter le manuel opératoire.

Schatz a eu 3 morts sur 10 observations, avec le même nombre de blessures de l'urèthre, ce qui n'est pas très favorable. « Il recommande de diviser la paroi vaginale postérieure pour ouvrir le cul-de-

sac; il est opposé à la suture des feuillets du péritoine et au drainage. » Les résultats n'appuient pas sa théorie. Fritsch recommande principalement de disséquer les bords de l'utérus aussi haut que possible, et de renverser le fond en avant. Il ne donne pas de résultat numérique. L'auteur a perdu 1 cas sur 6. (*Americ. Journ. of Obst.*, 1883, p. 1284.) A. CORDES.

REVUE DES JOURNAUX

Observation relative à l'action des centres nerveux sur les contractions de l'utérus, par Edgard KURZ. (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1883.) — Kurz a observé, chez une malade atteinte de métrite chronique et de péritonite, des faits qui viennent à l'appui des résultats obtenus par Dembo, dans ses expériences sur les animaux (1). Cette femme, d'un tempérament essentiellement nerveux, ayant eu un enfant à terme, avait présenté, à plusieurs reprises, des accidents de pelvi-péritonite. L'utérus, augmenté de volume, douloureux à la pression, était forcément attiré à droite, sans être cependant complètement immobilisé.

Contre cet ensemble de symptômes, qui obligeaient la malade à garder presque constamment le lit, on avait ordonné des injections chaudes. Celles-ci déterminaient des douleurs violentes, se manifestant principalement sous forme de coliques utérines. Ces douleurs engagèrent à cesser momentanément toute intervention, dans la crainte de ramener des accidents inflammatoires du côté du petit bassin.

Après plusieurs mois de repos, Kurz se décida à pratiquer lui-même des irrigations vaginales chaudes, à faible pression (2 litres d'eau à 35°), sans ramener aucun phénomène douloureux. Mais la malade ayant voulu faire elle-mêmes ces irrigations, fut reprise des mêmes douleurs, avec toute leur acuité. Ces souffrances se manifestaient lorsque la canule courbe, n'ayant pas pu pénétrer assez profondément, son extrémité venait heurter contre la paroi vaginale antérieure. Il

(1) Dembo. *Indépendance des contractions de l'uterus par rapport au système cérébro-spinal. Compt. rend. de l'Acad. des sciences et de la Soc. de biologie*, 1882.

était facile de constater que toute excitation, portée sur le tiers supérieur de la paroi vaginale antérieure, même la pression avec le doigt, ramenait les coliques utérines, tandis que rien de semblable ne se produisait lorsqu'on agissait sur les autres régions des parois vaginales.

L'expérience fut renouvelée à plusieurs reprises, toujours avec un résultat identique.

Cette observation paraît confirmer les idées de Dembo (1). D'après cet auteur, il existerait, dans la paroi vaginale antérieure, des centres nerveux ganglionnaires, dont l'excitation provoquerait les contractions de l'utérus (2). Il serait possible que, chez cette malade, l'irritabilité des ganglions pré-utérins ait été augmentée consécutivement aux accidents inflammatoires du petit bassin.

Chez des femmes à l'état de vacuité, Kurz a recherché la sensibilité de la paroi vaginale antérieure. Au moyen de la pression, les résultats ont été négatifs; douteux, lorsqu'il a employé les courants faradiques. Il n'a pas expérimenté sur des femmes enceintes, mais il attire sur ce point l'attention des observateurs, et se demande si, sous l'influence de la grossesse ou de certains états pathologiques, il ne serait pas possible d'amener des contractions utérines, en excitant les ganglions nerveux situés dans la paroi vaginale antérieure (3). C'est peut-être à la sensibilité exagérée de ces ganglions qu'on peut attribuer les douleurs causées à certaines malades par la présence d'un pessaire ou d'un tampon vaginal. On pourrait se demander aussi s'ils ne jouent pas un certain rôle dans l'action produite par le tamponnement sur les contractions de l'utérus. Cette action serait beaucoup

---

(1) Dembo, *loc. cit.*

(2) Rein a étudié la disposition de ces centres ganglionnaires. V. *Note sur le plexus nerveux fondamental de l'utérus*, par G. Rein. *Compt. rend. de la Soc. de biologie*, 1882.

(3) Nous avons souvent cherché à provoquer des coliques utérines en comprimant les différents points de la paroi vaginale antérieure, aussi bien chez des femmes enceintes qu'à l'état de vacuité. Le résultat a toujours été négatif. Quelques malades ont accusé des coliques utérines, sous l'influence de l'électricité, quand on agissait sur la paroi vaginale antérieure; rien de semblable ne se produisait lorsqu'on portait l'excitation sur la paroi postérieure. Mais les faits que nous avons observés sont en trop petit nombre, et ne nous paraissent pas suffisamment probants, jusqu'à présent, pour permettre aucune conclusion.

plus considérable, d'après Kurz, que les excitations portées directement sur le col, même que les tentatives de dilatation de la cavité cervicale.

D^r DE SINÉTY.

Recherches sur la menstruation et l'ovulation, par LÉOPOLD. (*Arch. für Gynäkologie*, 1883, t. XXI). — Dans cet intéressant travail, Léopold constate, d'abord, combien la physiologie de la menstruation est encore peu connue. En effet, malgré les nombreux écrits publiés sur cette question, presque tous ses points sont encore obscurs; principalement ce qui est relatif aux rapports de l'ovulation et de la menstruation.

La maturation de l'ovule est-elle ou non périodique? Quelle relation y a-t-il entre cette maturation, la déchirure du follicule, et l'hémorrhagie utérine se reproduisant toutes les quatre semaines? Nous ne le savons pas. La difficulté de réunir des matériaux suffisants pour cette étude est cause que la plupart des auteurs basent leur opinion sur des hypothèses, bien plus que sur des observations anatomiques, qui seules, cependant, permettent de résoudre ces différents problèmes.

C'est à ce point de vue que le travail de Léopold est surtout plein d'intérêt; en nous donnant les résultats fournis par l'examen des organes génitaux, chez des femmes mortes subitement, ou ayant subi l'extirpation des ovaires à des époques variant de un à trente-cinq jours, depuis le début des dernières règles.

Nous n'entrerons pas dans le détail des observations qui doivent être lues dans le mémoire lui-même. Nous nous contenterons de résumer les conclusions qui ressortent de la comparaison de tous ces cas entre eux. Ils nous démontrent que la rupture d'un follicule de Graaf ne coïncide pas toujours avec l'hémorrhagie menstruelle, et, qu'à un court espace de temps, et en l'absence de toute hémorrhagie utérine, deux follicules peuvent se rompre l'un après l'autre. Il résulte encore de ces recherches que l'expulsion de l'ovule peut avoir lieu cinq, huit, douze, quinze, seize, dix-huit et vingt et un jours après les règles, c'est-à-dire à des époques très variées de l'espace intermenstruel. Léopold décrit aussi des différences dans l'aspect et le mode d'involution du corps jaune, selon que la rupture a eu lieu au moment de la congestion cataméniale, ou en dehors de cette influence. Il donne, au premier, le nom de *corps jaune typique*, et, au

second, celui de *corps jaune atypique*. Il est regrettable que l'auteur se soit contenté d'une description microscopique ; un examen histologique aurait peut-être permis de reconnaître des caractères précis, faciles à retrouver, ainsi que nous avons pu le faire, en comparant le corps jaune de grossesse à celui qui suit la déchirure, ou la régression du follicule, chéz la femme à l'état de vacuité (1).

Léopold, d'après les faits par lui observés, et consignés dans son mémoire, admet donc qu'il peut y avoir *menstruation sans ovulation*, également *ovulation sans menstruation* (2), et que la rupture d'un follicule, quoique coïncidant plus sonvent avec le moment de la congestion menstruelle, pour s'effectuer à n'importe quelle époque de l'espace intercàtaménial

Néanmoins, il pense que l'hémorrhagie utérine rhythmique, se reproduisant toute les quatre semaines, est liée à l'existence des ovaires ; en se basant sur la ménopause prématurée qu'on observe, le plus ordinairement, à la suite de l'ablation de ces organes.

D[r] DE SINÉTY.

VARIÉTÉS

Sondes à valves de M. le professeur Pajot. — Les accoucheurs qui font usage de la *méthode antiseptique* ont rejeté, avec raison, les sondes en métal anciennes, soit pour la vessie, soit pour l'utérus.

Ces instruments, impossibles à nettoyer, étaient un réceptacle de malpropretés, qui s'accumulaient dans leur canal.

En leur substituant des sondes en verre, instruments très dange-

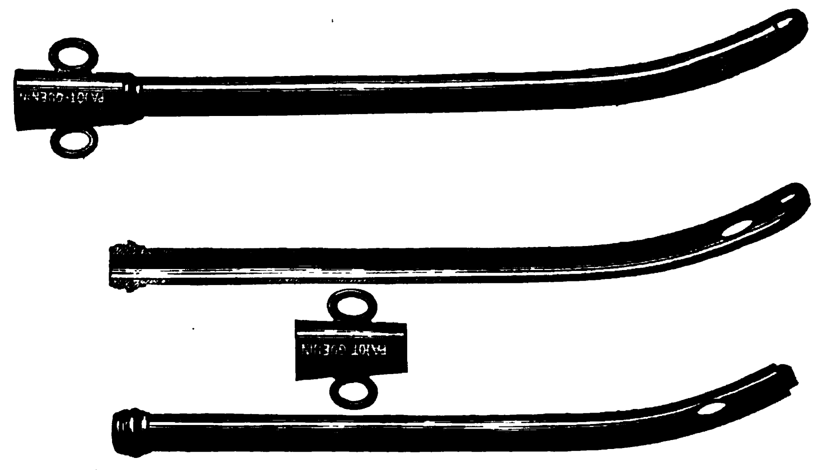
(1) Voy. *De l'ovaire pendant la grossesse. Compt. rend. de l'Acad. des sc.*, août 1877.

(2) Les faits nouvellement observés par Léopold viennent à l'appui de ceux que nous avons publiés, et qui nous ont conduit à soutenir, depuis longtemps, que l'ovulation et le flux menstruel sont deux phénomènes ordinairement connexes, mais non liés nécessairement l'un à l'autre.

Voy. *Sur l'indépendance relative qui peut exister entre l'ovulation et la menstruation. Compt. rend. de la Soc. de biologie*, et *Arch. de physiol.*, 1876 : *Ovulation sans menstruation*, id., 1877, et *Ann. de gynécologie*, 1877. *Traité de gynécologie*. 2e édition, 1884.

reux (1), on n'a fait que rendre la difficulté du nettoyage plus constatable, sans faire disparaître l'impossibilité de les maintenir dans un état de propreté absolue *à l'intérieur.*

Les sondes à valves construites par M. Guénin, fabricant d'instruments, à Paris, sur les modèles dessinés par M. le professeur Pajot, se nettoient aussi facilement, *à l'intérieur*, qu'un spéculum ou un bistouri, et deviennent ainsi un adjuvant indispensable de la méthode *antiseptique.*



Nous donnons aujourd'hui le dessin de la sonde vésicale.

Dans le prochain numéro, nous publierons le modèle de la sonde à injections *intra-utérines.*

---

(1) On a objecté qu'aucun accident ne s'était encore produit avec les sondes en verre. Cet argument est sans valeur. Il ne s'agit pas de savoir « si aucun accident ne s'est produit », mais *s'il peut s'en produire un jour ou l'autre.* La réponse n'est pas douteuse.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur.
52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

LE SUBLIMÉ COMME ANTISEPTIQUE OBSTÉTRICAL
DEVANT LA RÉUNION DES NATURALISTES ALLEMANDS.

Par le Dr Alphonse Herrgott,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Le remarquable discours d'ouverture que M. le professeur Tarnier (1) vient de consacrer à l'antisepsie obstétricale a vivement attiré l'attention des accoucheurs sur cette importante question qui modifie si avantageusement le pronostic des suites de la parturition. Nous avons donc pensé que les lecteurs des Annales ne liraient pas sans intérêt le compte rendu de la séance tenue par les naturalistes allemands, à Fribourg, le 30 septembre dernier, séance dans laquelle les différents accoucheurs sont venus rendre compte de leurs observations et des résultats qu'ils ont obtenus en employant l'agent antiseptique par excellence, le sublimé. La publication en français d'un document si important nous paraît tout à fait opportune.

(1) Voir dans le numéro précédent des *Annales*.

En lisant les pages qui vont suivre on sera sans doute très étonné de voir que les noms de Davaine, de Tarnier, etc., ont été passés sous silence. Cet oubli de tout nom français ne devrait plus nous étonner, même lorsqu'il s'agit d'une chose essentiellement neutre comme une science qui n'a d'autre but que le soulagement de l'humanité. Les annexions des découvertes après l'enlèvement de l'étiquette ne sont pas si rares, la frontière faisant souvent l'office d'un filtre qui ne laisse passer que le fait en retenant le nom de l'inventeur.

L'éloquente parole du professeur de Paris a heureusement pour la science justement rétabli les faits et rendu à chacun ce qui lui revenait d'une façon incontestable. Désormais les noms de Davaine, « ce savant aussi grand que modeste », ainsi que celui de Tarnier, ne pourront plus être ignorés par tous ceux qui s'occuperont de l'antisepsie obstétricale par le sublimé.

La monographie du Dr Bar (1), l'article tout récent de M. Bonnaire (2), et on pourrait encore en citer d'autres, sont là pour confirmer les assertions du professeur Tarnier. Ceux qui ont eu, comme moi, la bonne fortune d'entourer le chirurgien en chef de la Maternité savent que M. Tarnier étudie dans son service, depuis plusieurs années, les effets antiseptiques du sublimé. Ce sont ses observations, ses expériences que nous avons eu déjà, à plusieurs reprises, occasion de relater dans nos cours.

Sans doute les solutions de sublimé sont loin d'être inoffensives. C'est un agent thérapeutique puissant, mais qui doit être manié avec prudence. Un de ses plus grands inconvénients, c'est que, les solutions étant incolores, on peut les prendre pour de l'eau pure et s'en servir comme telle ; heureusement qu'en les colorant légèrement soit avec de la fuchsine, soit avec de l'indigo on fait disparaître cet inconvénient.

---

(1) *Des méthodes antiseptiques en obstétrique*, par P. Bar. Paris, 1883.

(2) *De l'emploi du sublimé comme antiseptique*, par M. Bonnaire, in *Progrès médical* du 12 avril 1884.

Je ne ferai que mentionner les accidents dus à l'action directe du sublimé sur l'épiderme. Ces érythèmes ou ces vésicules disparaissent dès que l'on cesse l'emploi de l'agent antiseptique. L'acide phénique produit, lui aussi, des lésions cutanées analogues.

Je ne m'étendrai pas non plus davantage sur les accidents plus graves, plus redoutables qui seraient causés par les solutions de bichlorure mercurielles. Les accidents d'intoxication qui auraient été observés par le professeur Stadfeld (1), de Copenhague, et par le Dr Stenger (2), de Manheim, ne sont pas de nature à faire rejeter l'emploi d'un agent antiseptique si précieux et nous partageons complètement l'avis des Drs Faenzer (3) et Bokelmann (4), de Breslau, qui trouvent qu'il n'y a pas lieu de revenir de nouveau à l'acide phénique dont les propriétés antiseptiques sont beaucoup moins énergiques et qui, lui aussi, n'est pas indemne d'accidents d'intoxication.

M. le Dr Charpentier a proposé (5), il est vrai, d'employer le sulfate de cuivre qui serait absolument inoffensif et doué d'un pouvoir antiseptique considérable, mais jusqu'à présent les résultats obtenus par les solutions des sels mercuriels, que ce soit le bichlorure, ou le biiodure, comme l'emploie M. Pinard dans son service à Lariboisière, sont si remarquables et si heureux que les accoucheurs n'ont pas jusqu'ici, à ma connaissance, expérimenté les solutions de sulfate de cuivre au centième préconisées par M. Charpentier.

L'usage du sublimé a été introduit à la Maternité de Nancy au commencement de septembre de l'année dernière; jusqu'alors on avait fait des injections phéniquées qui avaient été remplacées par des injections de solution d'acide borique.

(1) *Centralblatt für Gynækologie*, n° 27, 1884.
(2) *Centralblatt für Gynækologie*, n° 13, 1884.
(3) *Centralblatt für. Gynækologie*, n° 9, 1884.
(4) *Centralblatt f. Gynækologie*, n° 11, 1884.
(5) *Académie de médecine*, séance du 4 mars 1884

Malgré les soins les plus minutieux, les résultats étaient variables et quelquefois loin d'être satisfaisants.

Depuis que les solutions de sublimé sont employées, bien que l'on ait eu à observer, à plusieurs reprises, des puerpéralités accidentées, une seule femme jusqu'ici a succombé et encore à la suite d'une affection organique du cœur !

De pareils résultats sont très encourageants et tout à fait de nature à engager les accoucheurs à continuer avec prudence et « modération » l'emploi d'un agent antiseptique si efficace et si parfait.

Les solutions employées à la Maternité de Nancy sont légèrement colorées en bleu par de l'indigo. Je trouve en effet cette coloration bleue plus pratique que la coloration rose produite par la fuchsine, qui ressemble trop à celle de l'eau vineuse, ce qui pourrait exposer à de graves et terribles méprises.

Je n'insisterai pas davantage, pour ma part, sur les services rendus par le sublimé, je me bornerai à ce court aperçu, le but de cet article étant la traduction du compte rendu de la séance que le congrès des naturalistes allemands réunis à Fribourg a consacré à cette grave et importante question.

Le secrétaire était M. F. Neugebauer, dont les importants travaux sur certaines altérations du bassin sont bien connus par nos lecteurs.

Compte rendu des séances de la section de gynécologie de la 56e réunion des naturalistes et médecins allemands, tenue à Fribourg en Brisgau. (*A. f. Gyn.*, XXII, p. 176.)

5e *séance* (30 septembre), sous la présidence du professeur Kehrer, qui fait la communication suivante : *Sur les injections vaginales de solution de sublimé pendant la puerpéralité.*

Les expériences de Koch, qui ont été pratiquées de deux manières différentes, ont fait regarder le sublimé aujourd'hui comme l'antiseptique le plus puissant. Il a mis en contact avec des solutions de sublimé des fils de soie imprégnés de spores de charbon desséchées. Un contact pendant dix minutes avec une solution au

$\frac{1}{30000}$ a été suffisant pour anéantir complètement la puissance germinative de ces spores. On observait le même resultat en ne la mettant que pendant une minute en contact avec une solution au $\frac{1}{50000}$. Plus tard, Koch a ajouté des solutions de sublimé à des liquides de culture et a constaté que l'addition de $\frac{1}{1600000}$ déterminait un arrêt dans le développement des spores, et qu'en ajoutant le sublimé dans la proportion de $\frac{1}{333000}$ le développement des spores était définitivement arrêté. Les autres antiseptiques sont de beaucoup inférieurs au sublimé. La crainte d'occasionner une intoxication a fait procéder l'auteur avec une grande réserve dans l'emploi de ce moyen dans la pratique obstétricale; bien que des essais préparatoires n'eussent déterminé aucune manifestation hydrargyrique, notamment jamais aucune stomatite, il ne s'est décidé à l'employer d'une manière étendue dans sa clinique qu'en avril 1882.

Sur 221 accouchées il a observé quatre fois une urticaire insignifiante se manifestant d'abord sur les parties génitales recouvertes de coton imbibé de solution de sublimé, éruption qui s'étendit rapidement sur le tronc et les extrémités. L'emploi du sublimé fut aussitôt suspendu, et au bout de quatre jours elle avait disparu, n'ayant occasionné que de la rougeur et des démangeaisons. L'auteur a observé, en outre, une stomatite mercurielle chez trois malades syphilitiques et traitées comme telles, une pendant la puerpéralité, les deux autres dans le service gynécologique, traitées auparavant par le calomel et l'onguent napolitain. Il en résulte naturellement pour le médecin l'obligation d'être plus prudent dans l'administration du sublimé chez des personnes qui ont fait usage du mercure; l'auteur n'a pas observé des phénomènes d'hydrargyrose chez des accouchées qui n'avaient pas antérieurement subi un traitement mercuriel.

Au début, l'auteur avait employé une solution au $\frac{1}{4000}$, plus tard il fit usage d'une solution au $\frac{1}{4000}$. La formule usitée chez lui est la suivante : Sublimé corrosif, 5 grammes. Eau distillée, 200 grammes. Faire une solution, une petite cuillerée à bouche (10 centig.) pour un litre d'eau. La première injection est faite lors, ou mieux avant la première exploration de la parturiente, et, pendant que la canule utérine est en place, on badigeonne avec le doigt, ou mieux avec un tampon de coton trempé dans la solution et fixé au bout d'une pince, et on essuie soigneusement les parois vaginales pour enlever le mucus qui y adhère.

Comme l'épithélium vaginal est rempli de bactéries qui re-

nuent (des coccus et des bâtonnets), le doigt explorateur peut facilement les introduire dans le canal cervical où ils peuvent causer une infection si, préalablement, elles n'ont pas été tuées; c'est par ce motif qu'il recommande de purifier mécaniquement les parois du vagin avec soin dès la première exploration, si toutefois cela est possible. Plus tard Kehrer fait une injection immédiatement après la délivrance, et deux fois par jour, pendant la puerpéralité, aussi longtemps que dans l'écoulement lochial. C'est la désinfection pendant le travail qui est la plus importante; pendant la puerpéralité, elle est importante encore pour éviter l'auto-infection.

Le personnel servant doit être bien éduqué pour ne pas causer de lésions mécaniques pendant ces injections, ou déchirer des parties déjà cicatrisées. Il a observé plusieurs fois que la fièvre, qui persistait pendant les injections (faites par des élèves sages-femmes), avait cessé avec la suspension des injections; il attribuait ce résultat au maintien, à l'état béant de surfaces traumatiques ou à l'introduction violente de la canule.

Depuis le 1er avril 1882, l'orateur n'a employé les injections de sublimé que chez le tiers de ses accouchées; chez les deux tiers, la température ne s'est élevée jamais au-dessus de 38°, tandis que l'année précédente, alors qu'on faisait usage de l'acide phénique, 22 0/0 des accouchées seulement avaient eu une puerpéralité absolument exempte de fièvre.

Sur 221 accouchées, l'auteur a observé huit fois des ulcérations avec œdème, six fois des para et périmétrites, une fois seulement un exsudat dans le cul-de-sac de Douglas, chez une femme atteinte de gonorrhée, une fois une septicémie mortelle après le séjour dans l'utérus, pendant vingt-quatre heures, d'un fœtus mou en décomposition. Une fois, à la suite d'un prolapsus utérin pendant la grossesse, il a observé une métrophlébite avec pneumonie métastatique suivie de guérison, une fois une phlébite légère de la veine saphène, neuf fois un catarrhe gastro-intestinal. En tout cas, le nombre et la gravité des affections locales ont été moindres que pendant le traitement par l'acide phénique.

Le sublimé a en outre l'avantage du bon marché. 1 kilogramme de sublimé qui coûte 8 m. (10 fr.) suffit pour 4,000 injections vaginales (un quart par litre). 1 kilogramme d'acide phénique qui coûte de 6-7 marcs (7 fr. 50) sert pour 66 injections à 1 1/2 0/0. Si une femme reçoit 25 injections de solution de sublimé, la dépense sera

de 5 pfennigs (0 fr. 30), tandis que 25 injections phéniquées coûteront 2 marcs 1/2 (3 fr. 15). La solution de sublimé a l'avantage de se dissoudre rapidement dans l'eau, ce qui n'existe pas pour l'acide phénique, et de plus le sublimé est sans odeur.

Les inconvénients de cette substance sont de donner aux mains et aux muqueuses de la rudesse, de rouiller facilement les instruments, de rendre rigides les éponges, de donner une coloration foncée aux petites fentes du tissu en gomme. Le désavantage essentiel est de rétrécir le vagin et le col, surtout après des injections fréquentes, ce qui impose à l'accoucheur une grande prudence quand il est nécessaire de faire des injections fréquentes; toutefois les avantages du sublimé sont si considérables qu'il en recommande chaudement l'emploi pendant l'accouchement de la puerpéralité.

Discussion.

PROCHOWNICK. Le personnel de l'hôpital de Hambourg a eu beaucoup à souffrir de l'introduction du sublimé dans le traitement des accouchées; chez quelques personnes, il y a eu de la dysenterie qui n'a pu être attribuée qu'au mercure; on a fait emploi de solutions plus concentrées qu'au $\frac{1}{3900}$. Il y a là un avertissement, c'est de ne pas mettre en vente pour les sages-femmes de solutions destinées à être étendues; on ne peut les leur confier qu'à un état de concentration tel que le liquide ne peut être qu'inoffensif.

KUSTNER s'occupe depuis un an de recherches sur les sécrétions utérines. Il décrit les méthodes qu'il emploie pour obtenir isolés les produits de sécrétion du corps et du col. Dans les recherches sur les organismes microscopiques qu'il a faites en commun avec le Dr Krysinski il a été démontré que des organismes microscopiques se trouvent dans les produits de sécrétions normaux et pathologiques de tous les segments de l'utérus en très grande quantité et avec des variétés de forme très nombreuses. Les injections phéniquées ne paraissent avoir aucune influence sur le nombre de ces organismes, les injections de sublimé les font disparaître.

HÉGAR se déclare complètement d'accord avec Kehrer. Pendant trois ans et demi, il a employé des injections d'eau chlorurée et depuis dix-huit mois des injections de sublimé. Depuis ce temps, l'état sanitaire a été très bon; il n'a constaté aucun décès, hormis un seul cas de pyémie mortelle qui ne put être expliqué que par un pa-

naris au doigt. Hégar fait faire des injections avant et après chaque exploration pendant le travail. Pendant la puerpéralité il n'en prescrit que quand les lochies deviennent fétides, et en général il a peu occasion d'en prescrire pendant la puerpéralité. Hégar emploie les injections de sublimé dans les opérations vaginales et même les laparotomies sans avoir jamais observé un seul accident, sauf un cas de salivation opiniâtre qui dura plus de neuf mois, et qui, vraisemblablement, doit être attribué à une cause autre. Hégar a constaté que les spores sont tuées avec une solution au $\frac{1}{10000}$ et il est persuadé qu'il n'y a pas de meilleur antiseptique que le sublimé.

Schalz, sur la recommandation de Martin (aîné), s'est familiarisé, depuis 8 ans, avec les injections de sublimé; il emploie une solution de 5 0/0 dont il prend une cuillerée à café par litre d'eau. Une seule fois il a observé de la salivation, chez une femme dont la vulve était très étroite et où il paraît avoir eu rétention de liquide. La solution qu'il emploie est au $\frac{1}{1000}$.

Schmalfuss (Fribourg) dit qu'à Hambourg deux infirmiers et un garçon de laboratoire, qui ont eu à manier de grandes quantités de sublimé, ont été malades d'intoxication hydrargirique.

P. Muller demande à M. Kehrer quelles sont les espèces de bactéries qu'il a trouvées.

Kehrer dit qu'il ne peut pas nettement décrire ces formes, ce sont des bâtonnets de diverses espèces, des coccus de grandeurs différentes, dont la détermination exacte est encore à faire.

Franckel a constaté, dans ses recherches sur les gonococcus, que le vagin et la cavité utérine, chez la femme bien portante, renferment des quantités de bactéries qui fourmillent; il a pu distinguer des bâtonnets, des diplococcus, des bactéries rondes qui se touchent et forment des chaînes, et dans des cas de gonorrhée, de grandes masses de gonococcus de Neisser, par paires, formant de grands amas; le bleu de méthyl permet de les distinguer facilement. Franckel a entrepris ces recherches dans le but de vérifier l'exactitude des données de Noeggerath, et de voir si on ne pourrait pas baser sur elles un diagnostic clinique dans une gonorrhée latente, et a trouvé qu'il y avait beaucoup de choses vraies dans les vues de Noeggerath. Franckel a fait des essais comparatifs sur l'action de divers traitements, tels que des bains tièdes, de l'alun, de l'alun de cuivre, les pulvérisations d'iodoforme (avec l'appareil de Kabierske), du lavage avec une solution de sublimé, au $\frac{1}{1000}$, avec le cathéter utérin, le traitement

abortif de Spiegelberg (cautérisation de tout le canal génital, avec le crayon ou la solution de nitrate d'argent, moyennant un pinceau, dans des intervalles de 8 jours), et il a trouvé finalement, que le traitement par le sublimé était le plus sûr. Les pulvérisations avec l'iodoforme l'étaient moins; après l'emploi des autres moyens, il y avait encore des gonococcus après cinq ou six semaines de traitement. Franckel a trouvé des gonococcus; non seulement dans les produits de la sécrétion vaginale, mais dans les sécrétions purulentes du canal cervical, dans les épithéliums, et il lui paraissait que les cellules épithéliales renfermaient les coccus; d'autres admettent qu'ils ne sont que posés sur l'épithélium. Il peut d'après cela se faire que, pendant les quelques jours qui suivent un nettoyage, on ne trouve plus de gonococcus, mais que la gonorrhée persiste pourtant, puisque le moyen n'était pas assez puissant pour pénétrer dans les couches profondes de l'épithélium de la muqueuse. Pour ce motif, Franckel a détruit les couches superficielles avec le crayon, puis a fait des injections de sublimé et après huit jours, il n'a plus trouvé de gonococcus.

Hegar demande si, à la suite de la disparition des gonococcus, la gonorrhée était guérie?

Franckel répond que les gonorrhées ne sont pas toujours guéries à la suite de la disparition des gonococcus, mais que la guérison n'exige que la moitié du temps que par le traitement ordinaire. Il pense, toutefois, qu'on peut guérir les gonorrhées aiguës, par contre, bien moins ou pas du tout les gonorrhées chroniques, puisqu'on ne peut arriver jusqu'à la muqueuse des trompes.

Battlehner se prononce pour des solutions plus faibles, puisqu'il a observé des manifestations toxiques à la suite de l'emploi de solutions fortes; il donne la préférence à une solution au $\frac{1}{10000}$ qui agit toujours mieux qu'une solution phéniquée à 5 0/0. Battlehner rappelle les intoxications hydrargyriques qui se produisent dans les fabriques de miroirs, les prescriptions administratives qu'on y a établies, et il n'admet pas qu'on confie des solutions concentrées aux sages-femmes. Il a déjà observé deux cas mortels, à la suite d'une confusion entre une solution phéniquée concentrée et un autre médicament.

Kehrer se range à l'opinion de Franckel et il croit comme lui que la découverte du diplococcus n'a eu aucun avantage pour la pratique, elle établit seulement que deux coccus peuvent adhérer entre eux. Nous ne possédons pas encore de moyens pour différencier entre eux les divers coccus.

KALTENBACH a observé d'excellents résultats de l'emploi du sublimé ($\frac{1}{1000}$ pour se laver les mains, $\frac{1}{2000}$ pour laver le vagin, $\frac{1}{3000}$ pour faire les irrigations pendant les opérations); il trempe ses éponges dans cette dernière solution.

FRANCKEL se défend d'avoir attribué une action spécifique aux « diplococcus ». On ne voit encore rien de précis sur l'action pathogénique des coccus.

DE L'INFLUENCE DES INHALATIONS D'OXYGÈNE

SUR LES TROUBLES DIGESTIFS QUI SURVIENNENT AU DÉBUT DE LA GROSSESSE.

Par le Dr A. Mayor,
de Genève.

Le 25 avril de l'année dernière, j'étais appelé auprès d'une jeune dame qui, depuis plusieurs jours, se plaignait d'inappétence, de dégoût des aliments, et qui, lorsqu'elle se décidait à manger, éprouvait un malaise indéfinissable accompagné d'une céphalalgie extrêmement vive. La langue était couverte d'un enduit jaunâtre, le pouls un peu rapide, la peau un peu chaude; la constipation était absolue. Aucun des organes thoraciques ou abdominaux ne semblait être le siège d'un état morbide quelconque; mais, à la base du cœur, se rencontrait un bruit de souffle doux, large, ayant son maximum à gauche du sternum, dans le troisième espace, et se prolongeant dans les vaisseaux du cou. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'un bruit de souffle anémique.

Depuis le 10 mars, cette dame n'avait pas eu ses règles qui, habituellement abondantes, avaient jusqu'alors été régulières. Malgré ce fait, l'état saburral était si marqué que je ne pus éviter de prescrire un purgatif salin. Il fut rejeté, et le soir le thermomètre montait à 38°6. Le lendemain, l'eau d'Hunyadi-Janos était supportée; l'effet purgatif était satisfaisant, la fièvre tombait; mais bien que, dans les jours suivants, la langue fût moins chargée, des nausées et des vomissements

survenaient chaque fois que la malade tentait de se lever ou même de s'asseoir dans son lit.

L'eau de Vichy et une diète convenable ramenèrent quelque peu d'appétit. Mme X... put se lever; mais la céphalalgie, accompagnée d'un état extrêmement pénible, se présentait chaque jour durant plusieurs heures. L'un des repas, au moins, était rejeté. L'absence des règles, l'état digestif, quelques autres signes rendaient l'existence d'une grossesse extrêmement probable.

Les diverses médications tentées pour combattre l'état nauséeux restèrent sans succès jusqu'au 12 mai. Ce jour-là, me rappelant les résultats que donnent les inhalations d'oygène chez les chlorotiques, et considérant que M. Hayem (1) avait insisté sur leur influence quant au phénomène vomissement, je conseillai de faire chaque jour une inhalation de 6 litres d'oxygène.

J'étais porté à espérer un bon résultat de ce traitement, en me remémorant l'émouvante observation de mon excellent maître, le Dr Pinard, relative à une malade chez laquelle des vomissements incoercible de la grossesse avaient été victorieusement combattus par le moyen que je proposais. Je n'étais pas en face, heureusement, d'un cas semblable. Je pensai, néanmoins que l'analogie était suffisante pour permettre d'espérer un résultat suffisant de la thérapeutique que j'instituais.

En réalité, le succès dépassa mes espérances. Les vomissements disparurent dès la seconde séance d'inhalation. L'appétit reparut et devint promptement très vif. En même temps, la céphalalgie cessa de tourmenter la malade. Au bout de huit jours, elle semblait en pleine santé. Une interruption fortuite de deux jours dans les inhalations ramena cependant la céphalalgie et l'état nauséeux. Dès lors, l'emploi de l'oxygène

(1) Hayem. *Des effets physiologiques et pharmacothérapiques des inhalations d'oxygène. Acad. des sciences*, 2 mai 1881, et *Bulletin de thérapeutique*, 1881, vol. C, p. 466.

fut continué pendant près de deux mois, plus longtemps probablement que cela n'eût été strictement nécessaire.

Vers le 15 juin, le fond de l'utérus apparaissait au niveau du bord supérieur du pubis. La grossesse suivit un cours normal, et, dans la dernière quinzaine de décembre, Mme X... accouchait heureusement d'une fille dont le poids excédait notablement la moyenne.

Depuis lors, j'ai eu, à trois reprises, l'occasion de prescrire les inhalations d'oxygène, pour parer à des troubles digestifs très intenses, survenant au début de la grossesse. Je donne ici ces observations, en élaguant des antécédents tout ce qui est étranger à la question dont je m'occupe actuellement.

Observation II.

Dans le courant du mois d'avril 1882, Mme Z..., alors âgée de 20 ans, devient enceinte pour la première fois. A la suite d'une chute, et de fatigues exagérées, une fausse couche eut lieu au milieu de juin. Aucun accident; cependant il persista un certain degré de faiblesse, qui allait en s'atténuant, lorsque, en décembre 1882, les règles firent défaut. Bientôt les signes rationnels d'une nouvelle grossesse s'accentuent. De ces signes, les plus marqués sont les troubles digestifs, l'inappétence, les vomissements. Mme Z... ayant toujours été un peu anémique, cet état inquiète sa famille, et, le 24 février, je suis appelé à la voir.

La pâleur des lèvres et des gencives est, en effet, très accentuée : le souffle cardiaque anémique est très intense. A part ces symptômes, cependant, Mme Z... jouit d'une bonne santé; ses antécédents morbides sont sans importance. Je conseille les inhalations d'oxygène à la dose de 6 litres par jour. Après la deuxième inhalation, les vomissements disparaissent, l'appétit augmente. Au bout d'une semaine, Mme Z... abandonne fortuitement les inhalations pendant deux jours. Mais elle reconnaît elle-même la nécessité de les reprendre, son appétit ayant aussitôt diminué et les nausées ayant reparu.

De ce moment, Mme Z... continue le traitement pendant six semaines, puis elle l'interrompt définitivement. La grossesse se continue

sans accident et se termine, le 14 août, par la naissance d'un garçon qui pèse 3 kilog. 750.

Observation III.

Mme B..., âgée de 30 ans, est très nerveuse, un peu anémique. Elle présente habituellement un souffle anémique, évident à la base du cœur, et très marqué dans les vaisseaux du cou. A plusieurs reprises déjà, j'ai dû lui conseiller l'usage de divers toniques. Dans le cours de l'été 1882, elle a présenté quelques attaques d'asthme, peu marquées, qui semblent avoir cédé à l'emploi de l'arséniate de soude.

Habituellement très bien réglée, Mme B... a déjà eu trois accouchements à terme. Ses enfants étaient peu vigoureux. Deux d'entre eux sont morts en bas âge. En outre, après les deux premières grossesses, elle a fait successivement trois fausses couches, dont l'une fut provoquée, après six mois de gestation, pour faire cesser des métrorrhagies extrêmement fréquentes et abondantes, qui mettaient, paraît-il, ses jours en danger. Dix mois après son troisième accouchement, nouvelle fausse couche à quatre mois de gestation (février 1882.)

Le 22 décembre 1882, les règles paraissent; elles sont normales quant à la date de leur apparition, quant à leur abondance et quant à leur durée. Pendant les quelques jours qui précèdent et qui suivent le jour de l'an, Mme B... se fatigue beaucoup. Aussitôt après, elle éprouve un état de malaise indéfinissable et quelques nausées. Le 15 janvier 1883 apparaît une nouvelle perte sanguine, semblable aux règles comme quantité et comme durée. Dès la fin du même mois, l'appétit, déjà très peu développé, tend à se perdre, les nausées apparaissent, accompagnées parfois de vomissements et d'un état de faiblesse très accentué.

En février, les règles font défaut.

A partir du 15 février, l'inappétence augmente, les vomissements deviennent plus fréquents. A la fin de février, il s'y joint une névralgie dentaire très intense; les vomissements se montrent presque à chaque repas.

C'est alors que je suis appelé à voir Mme B...

Je la trouve faible, découragée, notablement amaigrie et pâlie. J'essaie le sulfate de quinine à faible dose; il ne produit qu'une très légère amélioration de la douleur névralgique. Je conseille alors les

inhalations d'oxygène à la dose de 10 litres par jour. Au troisième jour, l'appétit renaît, la névralgie est guérie; il n'est plus question de nausées ni de vomissements. Vers le septième jour, Mme B... se sentant partaitement bien, cesse le traitement. Mais aussitôt l'inappétence reparaît, et augmente si rapidement, qu'au bout de trois jours, la malade, craignant de voir se reconstituer graduellement son état de malaise, recommence les inhalations. Aussitôt l'appétit reprend avec une intensité remarquable, les forces, l'entrain renaissent. Au bout de six semaines, Mme B... peut cesser définitivement les inhalations. L'appétit reste exagéré, ce qui ne lui était arrivé pendant aucune de ses grossesses précédentes.

Peu de temps après, je revois Mme B .. Elle a engraissé d'une façon très notable, son teint est coloré, ses forces sont normales. Elle ne rossent aucune fatigue, aucune douleur. Jamais, pendant le cours de ses précédentes grossesses, elle n'a éprouvé, dit-elle, un bien-être aussi complet.

Mme B..., qui est aujourd'hui sur le point d'accoucher, se félicite d'avoir, cette fois-ci, conservé son entrain et ses forces jusque dans les derniers jours de sa grossesse.

Observation IV.

Mlle X..., 21 ans, pierriste, a toujours été extrêmement bien portante ; ses antécédents de famille sont bons; ses antécédents personnels sont sans intérêt. Bien constituée, elle est parfaitement réglée. Le 26 juin 1883, les règles se sont montrées, mais elles ont été excessivement peu abondantes. Aussitôt après qu'elles eurent cessé, la malade a perdu l'appétit; elle a commencé à ressentir, après le repas, une douleur, qu'elle dit siéger derrière le sternum. Bientôt, cette sensation douloureuse devient continue, tout en s'exacerbant quelques minutes après le repas; elle provoque alors le vomissement. L'inappétence est complète, les forces diminuent et l'amaigrissement se prononce.

Je vois Mlle X..., pour la première fois, le 23 juillet. En proie à une sensation de nausée presque continuelle et à des douleurs rétro-sternales très désagréables, la malade ne quitte plus le lit. La peau, les conjonctives, la muqueuse linguale offrent une légère teinte subictérique. Pas de fièvre. Constipation légère.

L'examen des organes thoraciques et abdominaux ne montre rien

d'anormal, sauf pour ce qui est du cœur et de l'utérus. Le premier présente un souffle doux, étendu, ayant son maximum dans le troisième espace intercostal à gauche du sternum, et se prolongeant dans les vaisseaux du cou. Quant à l'utérus, le toucher fait reconnaître que le col, vierge, est un peu mou, et que le corps, en antéversion et en antéflexion un peu exagérée, est élargi ; il donne au doigt la sensation particulière d'une balle de caoutchouc à paroi très épaisse ; on le saisit facilement entre la main appuyée sur l'abdomen et le doigt placé dans le vagin. On peut reconnaître alors qu'il est augmenté de volume. L'état des seins n'offre rien de caractéristique.

Dans ces conditions, la probabilité d'une grossesse est évidente. Cependant, la malade ne pouvant quitter la chambre, je propose simplement l'usage de l'eau de Vichy.

Le 25 juillet, Mlle X... est debout et se sent, dit-elle, un peu mieux. Cependant, les nausées, les vomissements, l'inappétence persistent avec la même intensité. Je prescris alors les inhalations d'oxygène à la dose de 5 litres par jour.

La malade ne fit que quatre séances. Après la deuxième, les nausées et les vomissements disparurent. Après la quatrième, l'appétit revint. En même temps, quoi qu'il y eût encore un peu de faiblesse, Mlle X... put reprendre son travail. Mais, comme elle se sentait suffisamment bien, et malgré que le retour des forces ne fût pas très rapide, je ne pus la convaincre de continuer l'emploi de l'oxygène. La grossesse, dont l'existence devint bientôt indiscutable, suit, du reste, son cours normal.

Nous devons une cinquième observation à l'obligeance de notre excellent confrère, M. le Dr Maunoir, qui nous a autorisé à la recueillir dans sa clientèle.

Observation V.

Mme Y..., 25 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, devient enceinte, pour la troisième fois, dans le courant du mois d'août 1882. Les deux premières grossesses n'ont rien présenté de remarquable quant à l'intensité des accidents digestifs. La naissance du deuxième enfant remonte à trois ans.

Cette fois-ci, le malaise a débuté, pour ainsi dire, avec la grossesse. Il s'est développé bientôt sous forme d'une sensation de fati-

gue, de faiblesse, s'accompagnant de nausées, et même, après quelques semaines, de vomissements. Ceux-ci se montrent généralement le matin, au lever. Ils sont bilieux. Les repas ne sont, en général, pas rejetés, mais ils sont pris sans appétit, digérés lentement et péniblement.

Vers la fin de septembre, à la sixième semaine de grossesse, ces phénomènes devenant très pénibles, M. le Dr Maunoir conseille les inhalations d'oxygène. Pendant les huit premiers jours, Mme Y... prend 10 litres d'oxygène par jour. Les vomissements disparaissent dès les premières séances. A la fin de la semaine, Mme Y... se sent entièrement remise; tous les phénomènes pénibles ont disparu, l'appétit est excellent. Cependant, pour une semaine encore, on porte les inhalations d'oxygène à la dose de 20 litres par jour; puis on cesse tout traitement. L'appétit reste florissant et la grossesse continue sans encombre.

Le 14 mai 1883, elle se termine par la naissance d'une petite fille pesant 3 kilogrammes. (Le poids des deux aînés était notablement supérieur.)

En regard de ces résultats, je tiens à rappeler l'observation de M. Pinard, accoucheur des hôpitaux de Paris (1).

Enfin, dans la thèse de M. Doreau (2), nous trouvons, à côté de l'observation précédente, la relation abrégée des deux cas suivants :

« Dans le premier cas, qui a été observé par le Dr Huchard, « il s'agit d'une primipare âgée de 30 ans. Cette dame, habi- « tant la rue Miroménil, était au deuxième mois de sa gros- « sesse. Les vomissements étaient continuels, presque in- « coercibles. M. Huchard avait prescrit l'oxygène contre « l'anémie consécutive aux vomissements; car, vu l'état de « l'estomac, il ne pouvait penser à aucune médication in- « terne. Or, par extraordinaire, il s'aperçut que les inhala- « tions avaient agi directement sur la cause de l'anémie, « c'est-à-dire sur les vomissements. Au bout de deux semaines

(1) V. *Annales de gynécologie*, numéro de mai 1880.

(2) L. Doreau. *Contribution à l'étude de l'oxygène en thérapeutique*. Thèse de Paris, 1881.

« environ de traitement, les vomissements avaient entière-
« ment disparu. M. Huchard avait employé, sans résultat,
« les pulvérisations d'éther, et dès les premiers jours d'inha-
« lations, les vomissements avaient diminué d'intensité et de
« nombre.

« Le second cas fut observé à la Pitié, dans le service de
« M. le professeur Peter : vomissements incoercibles. On
« donne à la malade un ballon d'oxygène ; à chaque fois, les
« vomissements sont promptement amendés. Croyant la dose
« trop forte, on réduit la quantité d'oxygène, et, ce jour-là, les
« vomissements reparurent de nouveau, bien qu'avec une
« intensité moindre. »

Les quelques recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livré ne nous ont pas fait découvrir d'autre cas semblable. Mais nos investigations n'ont pu être assez complètes pour que nous puissions affirmer absolument qu'il n'en ait pas été publié. Nous nous bornons à porter à la connaissance de nos confrères quelques faits qui nous ont semblé intéressants, pensant que la valeur réelle du procédé thérapeutique auquel nous avons eu recours pourra être ainsi plus promptement déterminée.

Il est certain que, si les inhalations d'oxygène parviennent à modifier à coup sûr les troubles digestifs survenant au début de la grossesse, elles pourront rendre au praticien des services signalés. Sans aller même jusqu'à devenir incoercibles, les vomissements, et même le simple défaut d'appétit, ont, pour peu qu'ils persistent pendant plusieurs semaines, une importance qui ne peut échapper à personne. Altérant la santé de la mère, ils nuisent du même coup au développement du fœtus ; et cela, non seulement pendant le temps où ils se manifestent, mais encore ultérieurement, par le fait de l'état d'infériorité dans lequel ils ont mis l'avoir organique de la femme.

Avant que celle-ci, qui doit fournir non seulement à son propre entretien, mais encore au développement d'un enfant, ait réussi à combler le déficit ainsi produit, il peut se passer de

longs mois. Si l'appétit réveillé ne s'exagère pas, la jeune mère atteindra le terme de sa grossesse sans avoir recouvré son état de santé parfaite. On conçoit ce qu'il en pourra résulter pour elle, lorsqu'elle se trouvera en état de puerpéralité, et pour l'enfant, si elle désire en être la nourrice.

Peut-être jugera-t-on que c'est accorder une bien grande importance à quelques semaines d'alimentation insuffisante. Mais si l'on réfléchit qu'il n'a pas semblé puéril, afin d'augmenter de quelques grammes la masse du sang de l'enfant, de modifier les habitudes reçues quant au moment où l'on pratiquait la ligature du cordon, on accordera qu'on puisse chercher, par l'intermédiaire de la nutrition de la mère, à procurer à ce même enfant un sang plus riche, des tissus plus proches du type chimique normal.

Certes, il est souvent nécessaire de fournir à la femme enceinte une quantité de phosphates supérieure à celle qu'elle rencontre habituellement dans ses aliments ; mais, probablement, ne serait-il pas inutile, l'absorption de ces sels étant liée si étroitement à une digestion parfaite (1), d'améliorer celle-ci tout d'abord. C'est ainsi que, chez les chlorotiques, l'action des phosphates, — dont l'emploi est indispensable dans certaines formes de la maladie, — est, comme celle du fer, rendue infiniment plus sûre par l'usage préalable des inhalations d'oxygène.

Quoi qu'il en soit, si nous arrivons à déterminer, chez la femme enceinte, le surcroît d'appétit qui doit être normal chez elle, nous aurons rendu à l'enfant ce service : de corriger en partie l'état d'anémie que lui lègue presque fatalement sa mère, par le fait des conditions peu hygiéniques où l'ont placée les exigences de notre vie moderne.

Aussi, si nous ne craignions d'être taxé d'exagération, proposerions-nous volontiers de soumettre, pendant quelques semaines, au traitement par l'oxygène, la plupart des jeunes

---

(1) Bouchard. *Leçons sur les affections liées au ralentissement de la nutrition*. Paris, 1882.

femmes habitant les villes, sitôt que, dans les premiers mois d'une grossesse, l'inappétence ferait son apparition en place d'un surcroît de l'appétit.

Remarquons, en passant, que le vomissement du début de la grossesse n'est pas incompatible, tant s'en faut, avec une suractivité des actes nutritifs ; il est des femmes qui, aussitôt après avoir rejeté un repas, en font un autre de grand cœur et le digèrent parfaitement. Elles présentent, en quelque sorte, le type de vomissement gravidique, que l'on pourrait appeler physiologique ; la médication par l'oxygène ne leur est point aussi nécessaire qu'à celles qui sont sujettes à la simple inappétence sans vomissement.

Si l'on nous demandait maintenant comment l'inhalation de l'oxygène peut abolir le vomissement gravidique, nous pourrions répondre ceci : Tarchanoff a démontré, en soumettant des grenouilles à l'action de l'air suroxygéné, que l'activité réflexe de ces animaux diminuait; or, le vomissement qui survient au début de la grossesse semblant être d'origine réflexe, la pratique thérapeutique se trouverait ici d'accord avec l'expérimentation physiologique. Mais il ne s'agit pas seulement de réflexes. L'appétit est manifestement surexcité, les fonctions digestives sont rétablies par l'usage de l'oxygène.

Il y a là des phénomènes complexes dont on pourrait, sans doute, donner une explication théorique satisfaisant l'esprit au premier abord. Cependant, dans l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet, toute théorie nous paraîtrait quelque peu hasardée. On ne nous en voudra donc pas, nous l'espérons, de résister à la tentation de nous lancer dans la rhétorique médicale pour rester exclusivement dans le domaine des faits.

CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES

Du docteur T. GALLARD

A L'HOTEL-DIEU DE PARIS

LEÇONS SUR LA DYSMÉNORRHÉE

Recueillies et rédigées par le Dr **André Petit**, ancien interne des hôpitaux.

(Suite et fin) (1).

Le traitement de la dysménorrhée comprendra un certain nombre d'indications basées sur les notions pathogéniques que je viens d'exposer, et aussi sur les manifestations symptomatiques diverses qui constituent la crise douloureuse cataméniale. Il sera le même, qu'il y ait ou non expulsion de membranes; mais il différera dans chaque cas suivant l'époque de son application; suivant qu'il s'adressera à la crise elle-même : traitement palliatif destiné à combattre les phénomènes douloureux qui la caractérisent; suivant qu'il sera institué pendant l'intervalle des crises; traitement curatif dont le but est de s'opposer au retour des accidents; ce dernier sera essentiellement variable, car, pour être efficace, il devra s'adresser à la maladie ou, pour mieux dire, à la lésion dont la dysménorrhée est le symptôme. Je pourrais renvoyer à l'étude de chacune de ces maladies ce que j'ai à dire de ce traitement; mais l'habitude est si bien prise de réunir dans un même chapitre tout ce qui se rapporte au syndrome dont nous nous occupons, que les efforts thérapeutiques dirigés contre les affections dont il dépend paraissent s'adresser bien plutôt à lui qu'à ces maladies elles-mêmes. Je me conformerai donc à cet usage, en disant comment on peut faire

(1) Voir *Annales de gynécologie*, numéro de mars et avril 1884.

disparaître la dysménorrhée par la guérison des maladies qui la produisent.

Mais avant d'entrer dans les détails de ce traitement *curatif* et *radical*, si peu uniforme, puisqu'il s'adresse aux cas les plus divers, je dois parler du traitement palliatif applicable à la dysménorrhée proprement dite, et qui peut être le même dans toutes les circonstances où elle se manifeste.

La première indication à laquelle nous ayons à pourvoir est de faire disparaître la douleur. C'est le phénomène dominant dans l'appareil symptomatique de la crise dysménorrhéique. Pour la calmer, nous disposons de moyens puissants et variés, au premier rang desquels figurent les narcotiques sous toutes les formes. La plus simple, la plus rapide, celle que par conséquent on est le plus sollicité à employer, surtout pour les malades qui, en ayant déjà usé, connaissent son efficacité, c'est celle des injections sous-cutanées de morphine ou d'atropine. Cette dernière substance est plus dangereuse à manier, il est vrai, mais elle semble préférable, en ce qu'elle supprime assez rapidement les contractions, ou les contractures spasmodiques, qui jouent un rôle incontestable dans la production des douleurs de la dysménorrhée. On peut se servir d'une solution ainsi formulée :

℞, Sulfate neutre d'atropine.... 30 centigrammes.
Eau distillée de laurier-cerise. 30 grammes.
m. s. a.

et en injecter quatre à cinq gouttes, une ou deux fois par jour. On prolonge l'action calmante de ces injections sous-cutanées en ayant simultanément recours aux diverses applications humides et narcotiques du côté de l'hypogastre ou de la muqueuse vaginale ; c'est ainsi qu'il convient de prescrire les bains, les injections tièdes avec des décoctions émollientes, les cataplasmes laudanisés, ou encore les quarts de lavement additionnés de douze gouttes de laudanum de Sydenham ; ou même les suppositoires belladonés, renfermant 3 centigrammes de belladone pour 4 grammes de beurre de cacao. Je fais placer un de ces suppositoires calmants dans le

rectum, tous les soirs, pendant les trois ou quatre jours qui précèdent l'apparition du flux menstruel, et même j'en fais continuer parfois l'usage pendant l'écoulement des règles. Mais, afin d'éviter des accidents d'intoxication qui pourraient être pénibles, sans cependant devenir dangereux, j'ai soin de ne pas les prescrire en même temps que les injections d'atropine. J'emploie alors de préférence les quarts de lavements laudanisés, réservant les suppositoires belladonés pour les cas dans lesquels les injections sous-cutanées ont été faites avec la morphine.

Vous y joindrez l'action sédative des bromures administrés à l'intérieur, soit le bromure de potassium, le bromure de camphre, ou les quatre bromures associés d'après la formule d'Yvon, de façon que la malade prenne de 1 à 2 grammes de bromure par jour. Enfin vous pourrez également prescrire une potion calmante contenant de 2 à 4 grammes de chloral, que vous ferez prendre par cuillerées à bouche. Toutefois, ces divers moyens ne doivent pas être employés simultanément, mais successivement et en insistant sur celui qui procurera le plus de soulagement.

Il est bon de recommander, en même temps, les tisanes chaudes légèrement diaphorétiques ou stimulantes, telles que le tilleul, la feuille d'oranger, la sauge, l'armoise ou même le thé. Dans quelques cas, d'ailleurs, on retire de grands avantages de l'emploi de la chaleur, sous forme d'applications chaudes sur l'abdomen ou sur les lombes; c'est surtout chez les jeunes filles dysménorrhéiques, dont les douleurs utérines s'accompagnent d'irradiations pénibles à la région lombaire, que l'action sédative et emménagogue des fomentations chaudes donne d'excellents résultats. Ce mode de traitement est d'ailleurs bien connu de la plupart des mères de famille, qui calment les douleurs menstruelles, chez leurs filles, au moyen de l'application de serviettes chaudes sur l'hypogastre ou sur la région lombaire. C'est dans ces cas que les sacs de Chapmann peuvent être avantageusement employés.

Onimus dit avoir retiré de très bons effets de l'électricité par l'application quotidienne, ou même répétée deux fois par jour, pendant huit ou dix minutes, d'un courant continu de 30 à 40 éléments, dont le pôle positif est placé sur la région lombaire et le pôle négatif à la région ovarique ; il en résulterait une accalmie marquée des souffrances, avec cessation des contractions de l'utérus et, par suite, un écoulement sanguin facile et régulier. Je dois avouer qu'entre mes mains ces applications d'électricité n'ont pas donné d'aussi remarquables résultats ; elles m'ont bien paru, dans quelques cas, procurer un léger soulagement dans l'intensité des douleurs, mais je ne suis pas absolument convaincu que la crise dysménorrhéique n'aurait pas suivi la même marche en l'absence de cette intervention.

Au nombre des moyens qu'il nous reste à passer en revue, il en est quelques-uns qui s'adressent à la fois à la crise douloureuse et à l'affection dont elle est le symptôme le plus apparent. De ce nombre sont les antiphlogistiques, et en particulier les émissions sanguines, qui trouvent assez fréquemment leur indication dans un état congestif manifeste de l'appareil utéro-ovarien. Ces émissions sanguines doivent être pratiquées pendant la crise elle-même si celle-ci s'accompagne de congestion pelvienne intense et d'un léger mouvement fébrile ; elles peuvent être obtenues au moyen de sangsues ou de ventouses scarifiées appliquées au niveau de l'hypogastre, mais le soulagement est beaucoup plus marqué si les sangsues sont placées directement sur le col utérin, ou si l'on pratique sur cet organe un certain nombre de scarifications.

J'emploie également les émissions sanguines comme traitement préventif de la crise, dans les jours qui précèdent la date probable de l'éclosion des accidents dysménorrhéiques ; c'est donc, dans ce cas, un traitement à la fois palliatif et curatif, puisqu'il s'adresse à la congestion pelvienne, déterminée elle-même par l'inflammation ovarique ou utérine, dont la dysménorrhée n'est que le symptôme apparent. J'ai vu fré-

quemment l'application de sangsues sur le col être suivie, dans ces conditions, d'une amélioration considérable, et, parfois, les accidents douloureux se trouver presque entièrement conjurés. Il va sans dire que je corrobore, dans ces cas, la saignée locale par les mêmes moyens calmants et antiphlogistiques dont je vous ai déjà entretenus, et auxquels j'ajoute les lavements laxatifs, ou même les purgations, dans le but de vider le rectum et d'exercer un cértain degré de révulsion sur le tube intestinal.

Dans une période plus tardive, il est indiqué de recourir aux révulsifs pour combattre la métrite chronique ou la phlegmasie péri-utérine qui est la cause prochaine des accidents dysménorrhéiques; on y joindra même, en l'absence de contre-indication particulière, les stimulants, l'hydrothérapie, les douches sulfureuses et les révulsifs cutanés, tels que les vésicatoires, les badigeonnages de teinture d'iode, etc. Mais cela nous éloigne bien de la dysménorrhée, pour nous faire entrer un peu trop en avant dans la thérapeutique spéciale de certaines maladies. Aussi je m'arrête, pour en venir à ce qu'on a appelé, bien à tort, le traitement *chirurgical de la dysménorrhée* et qu'il conviendrait mieux d'appeler les opérations applicables au raitement des diverses maladies qui causent la dysménorrhée.

Lorsque la dysménorrhée est due à un rétrécissement du canal cervical utérin, ou de l'un de ses orifices, la dilatation s'impose immédiatement à l'esprit; rien n'est d'ailleurs plus facile que d'y recourir, en pratiquant le cathétérisme de l'utérus, au moyen duquel il est possible de dilater les orifices étroits et de redresser l'organe s'il se trouve en état de flexion. On comprend, d'ailleurs, qu'en pareille circonstance le résultat immédiat du traitement soit de faciliter l'issue au dehors du sang, des caillots et des membranes retenus au-dessus de l'obstacle.

Le soulagement est immédiat et l'amélioration qui est la conséquence de cette manœuvre peut, dans certains cas, être assez persistante pour constituer une véritable guérison.

C'est ainsi que, chez une malade atteinte d'antéflexion avec rétrécissement des orifices du col, j'ai pu obtenir la guérison définitive et complète des accidents dysménorrhéiques, au moyen de quatre séances de cathétérisme, pratiquées à divers intervalles, dans l'espace de trois mois.

Cette manœuvre qui rend aux orifices utérins assez de perméabilité pour permettre une issue plus facile à l'écoulement sanguin jusque-là pénible et douloureux, peut contribuer par le même mécanisme à rendre possible l'imprégnation et guérir la stérilité.

J'ai vu le fait se produire plusieurs fois et plus particulièrement dans des cas où le rétrécissement du canal cervico-utérin était dû à son aplatissement, résultant d'une flexion de l'organe.

Dans un cas d'antéflexion avec dysménorrhée et stérilité, le cathétérisme répété de l'utérus amena le redressement partiel de l'organe, et permit à la fécondation de se produire. La grossesse se termina par un accouchement à terme.

J'ai obtenu le même résultat chez une femme atteinte de dysménorrhée avec expulsion de membranes, constituées par l'exfoliation de la muqueuse, et qui avait une rétroflexion. — Après plusieurs séances de cathétérisme, j'appliquai un anneau de Hodge pour maintenir l'utérus. Cette femme, stérile jusqu'à cette époque, devint enceinte, tandis qu'elle portait encore son anneau, qui fut retiré dès les premiers mois ; mais peu de temps après, elle fit une fausse couche. Les accidents dysménorrhéiques s'étant reproduits en même temps que la rétroflexion, je dus instituer de nouveau le même traitement et replacer le pessaire. Une nouvelle grossesse ne tarda pas à se produire, et cette fois on n'enleva l'anneau de Hodge que vers le sixième mois : l'accouchement fut heureux et à terme. Cette femme a eu depuis lors deux autres enfants.

Les succès ainsi obtenus me paraissent établir d'une façon indiscutable les avantages qu'il est permis d'attendre de la dilatation du col et du redressement de l'utérus par le cathétérisme.

Il est bien certain que dans les cas dont il vient d'être question, le redressement de l'utérus fléchi a agi aussi efficacement sinon plus que la simple dilatation du canal rétréci. Et c'est à ce redressement que nous avons dû de voir cesser d'abord la dysménorrhée, puis la stérilité.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et lorsque le rétrécissement existe seul, lorsqu'il ne s'accompagne pas de la moindre flexion, c'est à la dilatation seule qu'il faut avoir recours, et nous avons maintenant à nous occuper des moyens à employer pour la produire.

Comme procédé général de dilatation, j'accorde la préférence à la dilatation lente et progressive, telle qu'on l'emploie dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, à l'aide de bougies d'un diamètre graduellement croissant. J'ai obtenu, par ce moyen, des résultats satisfaisants dans un assez grand nombre de cas, alors même que la sténose du col était de nature cicatricielle. Il me suffira de vous rappeler à cet égard l'observation, déjà publiée, de la malade opérée par Huguier, dans mon service de la Pitié, d'un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, et chez laquelle l'oblitération consécutive de l'orifice utérin avait déterminé des accidents sérieux de dysménorrhée (1).

Vous me voyez tous les jours arriver, de cette façon, à une dilatation suffisante d'orifices utérins rétrécis, soit par un travail cicatriciel, comme dans le cas que je viens de vous rappeler — et le fait se présente encore assez souvent à la suite de cautérisations énergiques avec le fer rouge ou avec le caustique potentiel — soit par malformation congénitale. Le tout, pour réussir, est d'avoir assez de patience et de faire des séances assez multipliées pour pouvoir arriver graduellement, après avoir débuté par une bougie ayant un diamètre presque filiforme à faire passer une sonde d'un calibre suffisant (12 ou 13 millimètres au moins). Cette patience manque souvent aux praticiens, en même temps qu'aux malades, et c'est alors qu'on

(1) Voir *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. 2e éd., p. 816.

songe à la dilatation brusque et forcée. Elle peut être effectuée de deux manières, soit avec un dilatateur en métal, analogue au dilatateur de Perève, soit avec des tentes d'éponge préparée ou de *laminaria digitata* qui, en se gonflant, procurent l'effet désiré. Je me méfie également de ces deux procédés lorsqu'il ne s'agit que de donner passage au sang menstruel, et si j'ai recours aux tentes dilatatrices, c'est seulement quand j'ai besoin de donner aux orifices du col un élargissement plus considérable, afin de pouvoir explorer la cavité utérine par le toucher digital, lorsque je soupçonne la présence de lésions de la muqueuse qui nécessiteront ensuite un traitement spécial (1).

En ce qui concerne la dysménorrhée simple, due à l'étroitesse des orifices, je préfère de beaucoup l'incision avec l'instrument tranchant, mais à la condition de la faire avec une réserve et des précautions sur lesquelles je dois insister.

Très souvent, l'orifice externe du col étant seul rétréci, il suffit d'un coup de bistouri donné à droite et à gauche, dans l'étendue d'un centimètre au plus, suivi de l'introduction d'une sonde et de l'application d'une mèche ou d'un morceau d'agaric pour obtenir le débridement dont on a besoin. Rien de plus simple que cette petite opération; mais il n'en est pas de même de celle qui consiste à faire porter l'incision jusque sur l'orifice interne, lorsque ce dernier participe à la coarctation, comme cela a lieu habituellement sur les cols utérins présentant congénitalement la conformation qui les a fait désigner sous le nom de *cols coniques*.

Dans ces cas, où la dysménorrhée est la règle et s'accompagne si souvent de stérilité, il faut, pour remédier à l'une et à l'autre, ouvrir l'orifice interne en même temps que l'externe. Pour cela divers instruments, plus ou moins compliqués, ont été inventés. Les plus ingénieux sont ceux de Sims et de Simpson, consistant en véritables lithotomes à lames cachées, ayant les uns une seule lame, les autres deux lames qui sortent de leur

---

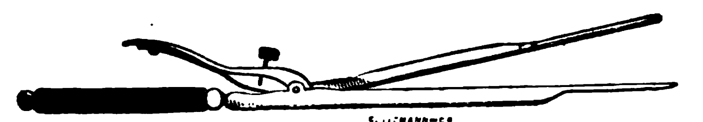
(1) Voir *Leçons cliniques*, p. 320 et 905.

gaine au moyen d'un mouvement de bascule se passant dans le manche (fig. 1 et 2). Une vis d'arrêt permet de limiter d'avance



Hystérotome double.

AA, lames coupantes rendues divergentes.
BB, boutons d'arrêt.
CC, manche mobile au moyen duquel on fait manœuvrer les lames coupantes.



FIGURES 1 et 2. — *Hystérotomes de Sims et de Simpson.*

l'écartement de la lame tranchante qui agit au moment où l'on retire l'instrument. Mais, malgré cette précaution, on va souvent plus loin qu'il ne faudrait, surtout lorsqu'on se sert de l'instrument à deux lames. Or, comme le col est entouré d'un réseau vasculaire veineux très serré, l'on s'expose soit à des hémor-



FIGURE 3.

rhagies, soit à des phlébites suivies d'abcès ou même d'infection purulente, comme j'en ai vu d'assez nombreux exemples sur des malades ayant passé par les mains des plus habiles d'entre ceux qui ont le plus préconisé cette pratique. C'est pourquoi je préfère, à ces instruments d'un mécanisme tant soit peu compliqué, un simple bistouri à lame étroite, droite ou légèrement courbée, sans qu'il soit même nécessaire de l'articuler ou de lui donner la forme de rasoir, comme l'a fait Sims (fig. 4).

Les incisions que je pratique alors sur l'orifice interne du col, au niveau de l'isthme, sont très superficielles, dépassant à peine l'épaisseur de la muqueuse, et sont suivies d'un cathétérisme pratiqué avec une sonde d'un calibre tel qu'une dilatation convenable puisse être assurée et maintenue même après la cicatrisation, durant le cours de laquelle de nouveaux et fréquents cathétérismes doivent être pratiqués.

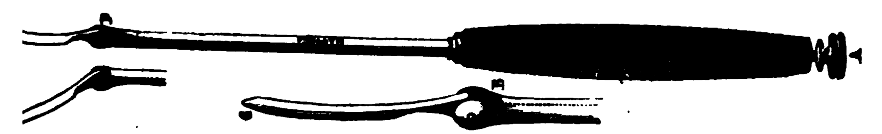


FIGURE 4. — *Bistouri articulé en forme de lame de rasoir, de Sims.*
A, Écrou destiné à faire mouvoir la lame.
B, Axe sur lequel la lame peut se mouvoir.
C, C, Lames en forme de rasoir.
C, Lame inclinée sur le manche.

Seulement cette incision de l'orifice interne ne peut être opérée qu'après que celle de l'orifice externe a donné une ouverture assez large pour permettre le passage des instruments. Pour l'opérer, on a le choix entre les ciseaux et le bistouri, et quel que soit celui de ces instruments auquel on ait recours, on doit, au préalable, découvrir le col avec un spéculum quelconque et le fixer en l'attirant à soi avec une érigne, un crochet ou une pince à griffes. Kuchenmeister a inventé des ciseaux (fig. 5) dont une des lames, est munie d'un petit crochet qui fixe l'utérus et l'empêche de filer au devant de l'instrument tranchant au moment de la section. Ce perfectionnement n'offre, suivant moi, qu'un très médiocre intérêt, car lorsqu'on a pratiqué la section, même avec les ciseaux de Kuchenmeister, il faut toujours la prolonger, avec le bistouri, du côté de la paroi interne du col, et c'est ce qui se fait au moment où l'on porte ce dernier instrument sur l'orifice interne ou supérieur.

Ces incisions, quand elles sont pratiquées avec tout le soin que je viens d'indiquer, n'exposent à aucun danger, pas même

à un simple inconvénient; les malades se rétablissent vite, et la seule chose que l'on ait à craindre c'est que, pendant le travail de cicatrisation, le rétrécissement ne vienne à se reproduire ou même à s'exagérer. On évite cet inconvénient par un pansement approprié qui maintienne les surfaces saignantes éloignées l'une de l'autre et par les cathétérismes répétés dont j'ai déjà parlé. On se sert beaucoup, en Angleterre et en Amérique, de petites baguettes de verre que l'on laisse à demeure dans le canal cervical, après l'avoir débridé. J'ai, jusqu'à présent, hésité à y avoir recours, les pansements ordinaires m'ayant toujours suffi.

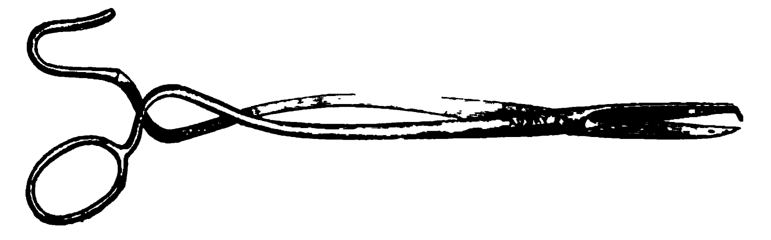


FIGURE 5. — *Ciseaux de Kuchenmeister.*

Mais ces rétrécissements, en quelque sorte organiques, du canal cervico-utérin, ne sont pas les seuls qui donnent lieu à la dysménorrhée.

Les fibromes et toutes les autres tumeurs de l'utérus auxquelles on a donné le nom de polypes, peuvent aussi la déterminer en obturant dans une certaine mesure le canal par lequel le sang menstruel doit être excrété. Ici encore le cathétérisme peut faciliter l'écoulement sanguin et contribuer à soulager la malade; mais on comprend que le véritable traitement de cette dysménorrhée mécanique soit celui qui peut parvenir à faire disparaître ou diminuer la tumeur. A ce point de vue, un traitement chirurgical sera donc plus efficace qu'un traitement purement médical.

C'est aussi en guérissant la maladie qui donne lieu à la dysménorrhée, que les cautérisations intra-utérines, que le

raclage de la muqueuse utérine, en vue de faire disparaître les fongosités ou les ulcérations dont elle est le siège, peuvent trouver leurs indications, et on comprend que je ne m'occupe pas ici de ces manœuvres sur l'importance et les indications desquelles je me suis prononcé ailleurs (1).

Il ne faut pas vous dissimuler, messieurs, qu'en dépit des diverses ressources thérapeutiques médicales et même chirurgicales que je viens de vous indiquer, en dépit de vos efforts et de vos soins la dysménorrhée se montrera parfois rebelle au traitement le plus judicieusement institué et plongera les malheureuses femmes qui en sont atteintes dans un état de découragement profond; les violentes douleurs qu'elles éprouvent, la ténacité des accidents qui se répètent chaque mois avec une régularité désespérante dans certains cas — où la cause organique de la dysménorrhée échappe à nos recherches les plus attentives et les mieux dirigées, — leur rendent l'existence tellement pénible qu'on a vu quelques-unes de ces malades songer au suicide.

C'est comme ressource extrême dans ces cas, heureusement assez rares, que Battey a proposé l'opération d'ovariotomie double qui porte son nom ; pratiquée d'abord par le vagin, l'ablation des ovaires a été ensuite tentée par la paroi abdominale et c'est aujourd'hui à ce dernier procédé que les chirurgiens ont accordé la préférence. Les résultats de cette opération ont été complètement satisfaisants dans un certain nombre de cas, et les statistiques fournissent une proportion de succès suffisante pour qu'il soit permis, dans les formes de dysménorrhées graves et rebelles à toute thérapeutique, de songer à l'ovariotomie.

Les succès ainsi obtenus pourraient faire croire que, dans les cas où il y a eu guérison, la dysménorrhée avait sa cause dans l'ovaire; mais ils s'expliquent bien mieux par la disparition du travail même de la menstruation qui ne donne plus aux phénomènes douloureux l'occasion de se produire.

(1) T. Gallard. *Loc. cit.*, p. 537 et suiv.

ils viennent en tout cas confirmer, d'une façon péremptoire, le rôle pathogénique des troubles morbides ovariens, et en particulier de la congestion de l'ovaire, dans la production de la dysménorrhée. Si l'ovariotomie double de Battey fait disparaître les crises douloureuses, c'est qu'elle supprime la ponte ovulaire et, par suite, la menstruation qui en est la conséquence directe; mais il ne faut pas oublier que, dans les cas les plus heureux, les femmes ont acheté leur guérison au prix d'une stérilité qui sera désormais absolue et définitive, et il en est beaucoup qui reculent devant un tel sacrifice.

NOTE
SUR
LE SPÉCULUM BIVALVE
L'ÉCARTEUR VAGINAL A TROIS BRANCHES
POUR LES OPÉRATIONS DES FISTULES URINAIRES ET QUELQUES AUTRES APPAREILS ET INSTRUMENTS DE CHIRURGIE GYNIATRIQUE (1)

Du Dr Louis-Adolphe Neugebauer,
Docent de gyniatrie à l'Université de Varsovie
Et médecin ordinateur de l'hôpital du Saint-Esprit à Varsovie.

Par le Dr François Neugebauer (de Varsovie)
(Fils du précédent).

SUITE (2).

Si l'on fait une scarification ou si l'on pratique un bain du museau de tanche dans un liquide quelconque, on peut se ser-

---

(1) Le mot *gyniatrie* (γυνὴ : la femme; ἰατρός : le médecin) indique spécialement la partie de la gynécologie en dehors de l'obstétrique. Ce mot nous paraît mieux approprié que tout autre aux maladies des femmes proprement dites.

(2) V. *Annales de gynécologie*, avril 1884.

vir de même de ce spéculum, puisque, situé dans une direction oblique, il retient dans le vagin le liquide; en baissant la poignée de la valve inférieure on dirige très commodément le liquide par la gouttière de la cuiller et de sa poignée dans une assiette quelconque, et l'on évite facilement de mouiller les vêtements de la malade. Enfin, la construction simple de



FIGURE 8.

cet instrument permet de le fournir pour un prix très modeste. Il y a donc à la fois une quantité d'avantages plus ou moins importants qui nous ont déterminé à appeler l'attention des confrères étrangers sur cet instrument qui, du reste, a déjà été recommandé, dans l'édition française du *Traité clinique des maladies des femmes* de Gaillard-Thomas, publiée par M. Lutaud, en 1879. Voici les paroles concernant l'instrument consignées dans le livre :

« Je n'ai jamais employé le spéculum dont je vais mainte-

nant donner la description, mais il est recommandé par les plus éminents praticiens de la Grande-Bretagne; c'est celui

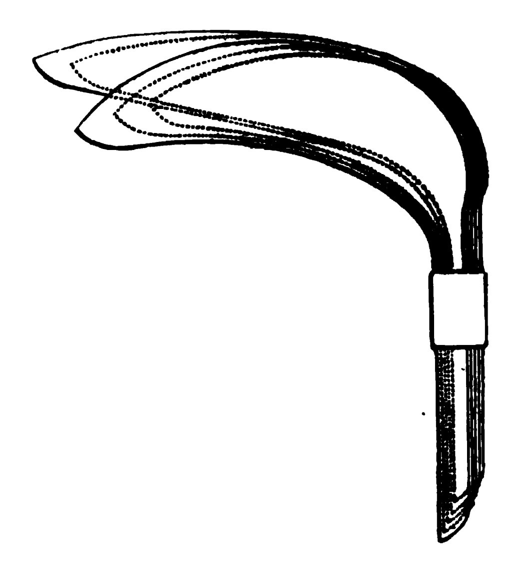


FIGURE 9.

de Neugebauer, tel qu'il a été modifié par le Dr Barnes, qui l'a présenté à la Société obstétricale de Londres. » (Voir figure 7, empruntée à l'ouvrage ci-dessus cité.)

De même M. Courty (*Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*, 3e édition, Paris, in-8°, 1881, p. 183, 184, fig. 139) a brièvement décrit ce spéculum bivalve, en ajoutant le dessin de Barnes.

J'ajoute encore quelques dessins qui représentent les différentes formes du spéculum bivalve de Neugebauer.

La figure 8 représente cinq valves emboîtées l'une dans l'autre et maintenues par un anneau monté sur les poignées. La collection complète de quatre spécula de différentes grandeurs en cinq valves est d'un volume et d'un poids peu considérable.

La figure suivante (fig. 9) représente une modification portant sur les becs des cuillers, qui sont un peu courbés, au profil arrondi, pareils au bec du canard, et aplatis au lieu d'être aigus comme dans la pièce précédente.

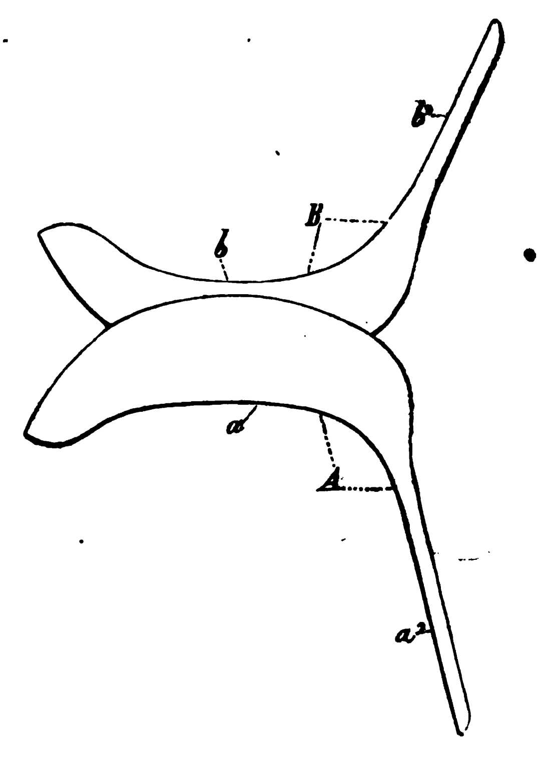


FIGURE 10.

Pour l'usage quotidien on n'aura besoin que de quatre valves construites de manière à ne former que deux à deux un spéculum dont le plus grand servira pour l'examen d'un vagin large et grand, le plus petit pour le vagin étroit et pour les cas d'inflammation, où l'introduction d'un spéculum plus grand serait inconvenable à cause d'irritation. La différence entre les deux spécula du dernier modèle porte sur la direction et la forme des cuillers. Dans le spéculum plus grand les cuillers

présentent la courbure des précédentes pièces, pour servir à un écartement plus considérable du bec du spéculum; dans le spéculum plus petit les cuillers sont droites. Si l'on veut, on peut joindre les deux pièces moyennes de ces quatre valves pour en former un troisième spéculum.

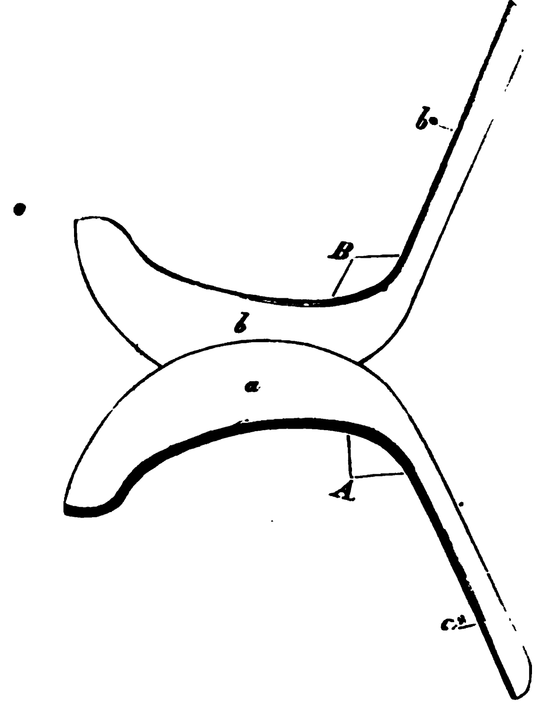


FIGURE 11.

La figure 10 présente le plus grand des spécula avec un écartement petit des cuillers, la figure 11 a un écartement augmenté par suite du rapprochement des poignées l'une de l'autre.

Les figures 12 et 13 représentent deux variétés du spéculum au bec courbé et au bec droit.

Enfin je dois mentionner une modification qui a été faite par mon père pour réunir les deux spécula de différente grandeur dans un seul instrument en deux plaques, de façon à

n'avoir que deux plaques métalliques au lieu de quatre. Il a remplacé les poignées du plus grand spéculum par les cuillers du plus petit. Les deux valves de ce spéculum double ont donc une forme à peu près semi-lunaire chacune. C'est à peu près cette modification qui a été représentée dans la figure n° 7, empruntée à l'ouvrage de M. Lutaud.

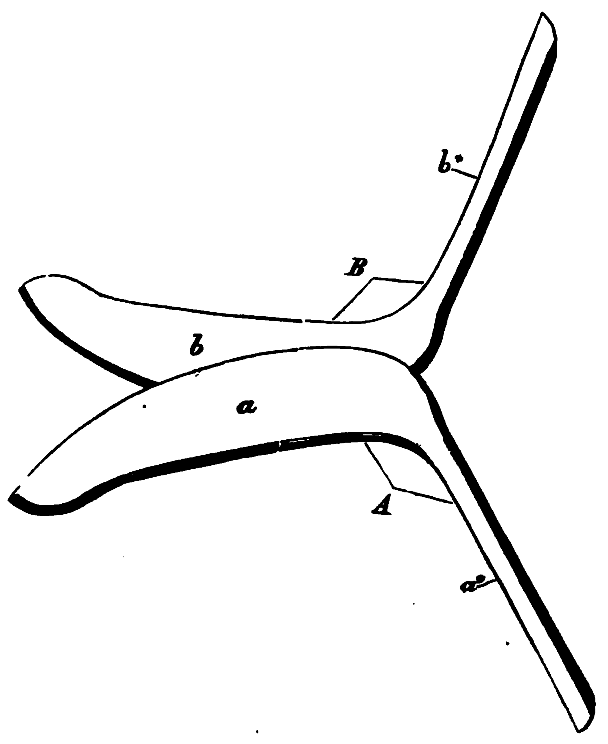


FIGURE 12.

M. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, vient de faire le spéculum à deux valves; il a de même fait deux variétés différentes du spéculum double avec un angle tantôt plus, tantôt moins accentué entre les deux cuillers.

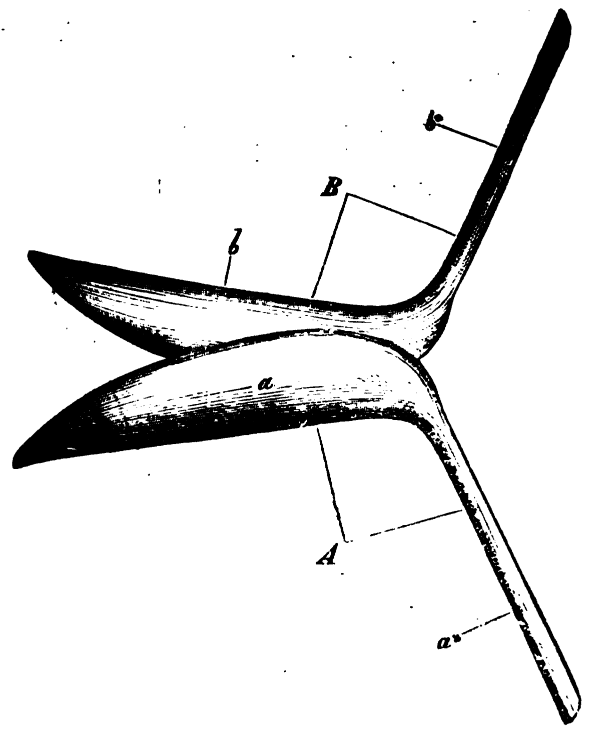


Figure 13.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES.

(1) Les anciens médecins avaient la dénomination très bien choisie : διοπτρα ou διοπτρον pour cet instrument. Plus tard, on l'a remplacée par le mot latin *speculum*, dont la traduction grecque serait κάτοπτρον ou ἔνοπτρον, dénomination dont les anciens Grecs ne se serviront que pour le petit *Dilatatorium vaginæ vel ani* à deux valves. Plus tard, on appela de même le διοπτρον que le κάτοπτρον : *speculum*, et l'on discernait le *speculum magnum* et le *speculum parvum*. D'autre part, les anciens Grecs avaient employé aussi les mots διόπτρα et διόπτριον pour discerner les deux spécula.

(1 *bis*) L'instrument d'Aëtius était un *spéculum brisé* ou *composé*, construit de façon qu'on pouvait écarter, à l'aide d'une vis montée sur la poignée, les manches qui composaient ensembles le tube vaginal.

Voir : *Aëtii contractæ ex veteribus medicinæ tetrabiblion, id est libri*

universales quatuor : singuli quatuor sermones complectentes, etc., per Janum Cornarium conscripti. Basileæ, 1552. — Recusi in opere : *Medicæ artis principes post Hippocratem et Galenum*. Cura Henr. Stephani, 1567, in-fol., libr. XVI, cap. 86 : ABSCESSUS ORIS UTERI CHIRURGIA.

Comp. : *The speculum applied to the diagnostic and treatment of the organic diseases of the womb;* an inaugural dissertation, etc., by John Balbirnie. London, 1836, in-8.

Die Metroskopie oder Diagnose u. Therapie der organischen Gebärmutterkrankheiten. Nach dem Englischen des John Balbirnie übersetzt von Adolph Schnitzler. Berlin, 1838, S. 32.

Une description (accompagnée de deux dessins) des deux anciens spécula retrouvés dans les décombres de Pompéi et Herculaneum se trouve dans un mémoire ultérieur de mon père : « *O narzedziach starozytnych chirurgicznych i gynijatrycznych odnalezionych w ruinach miast rzymskich Pompeji i Herculaneum. Przyczynek do historyi chirurgii i gyniatryki.* » Napisal D^r med. Ludwik Adolf Neugebauer (z 90 drzeworytami w teksoie). Odbicie z Pamietnika J-Tow. Lek. Warszawskiego. Tom 78, 1882, str 441-498, i 675-785, str 150-166, fig. 87, 88, 89.

(2) Comparez la description et les dessins des deux spécula inventés par Bozzini et nommés *Lichtleiter* par lui-même, dans la brochure : *Der Lichtleiter oder Beschreibung einer einfachen Vorrichtung u. ihrer Anwendung zur Erleuchtung innerer Höhlen u. Zwischenräume der lebenden animalischen Körpers*, von Philipp Bozzini. Weimar, 1807, in-fol., S. 10-11, Taf. IV, Fig. 2, u. S. 9-10, Taf. IV, Fig. 1.

(3) Canella. *Cenni sull' estirpazione della bocca e del collo del utero e descrizione del metrotomo,* etc. Milano, 1821.

The London medical and physical Journal, edited by Granville, vol. XLVIII. London, 1822, August., in-8.

Akiurgische Abbildungen oder Darstellung der blutigen chirurgischen Operationen und der für dieselben erfundenen Werkzeuge, mit erläuterndem Texte, von Ernst Blasius. Berlin, 1833, in-fol., Taf. XLIV, Fig. 17-20.

Erklärung der akiurgischen Abbildungen, von Ernst Blasius. Berlin, 1833, in-4, S. 197-198.

(4) Comparez : *An account of inventions and improvements in surgical instruments*, by J. Weiss. London, 1831.

Miniatur-Armamentarium oder Abbildungen der wichtigsten akiurgischen Instrumente, v. E. Fritze, 2. Aufl. Berlin, 1843, in-12, Tab. XIX, Fig. 23.

(5) Comparez : Patrix. *Ueber den Gebrauch der Mutterspiegels* (aus dem Französischen übersetzt). Leipzig, 1821, Taf. III, Fig. 1.

Anthelme Richerand's Grundriss der neueren Wundarzneikunst (nach der 5. franzosischen Originalausgabe übersetzt), Theil VI. Leizpig, 1823, in-8, S. 216-217.

Revue médicale, année 1825, décembre.

Geburtshülfliche Demonstrationen, Heft IX. Weimar, 1828, in-fol., Taf. XXXIX.

Blasius. *Akiurg. Abb.*, 1833, Taf. XLIV, Fig. 11. — *Erklärung*, u. s. w., S. 197.

Schnitzer dans un mémoire intitulé : *Die Metroscopie oder Diagnose und Therapie der organischen Gebärmutterkrankheiten, gestützt aus die Anwendung des Mutterspiegels* (aus dem Englischen des John Balbirnie übersetzt), u. s. w. von Adolph Schnitzer. Berlin, 1838, in-8, Fig. 15.

Ulsamer. *Mutterspiegel.* Dans l'œuvre intitulée : *Encyclopædisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften.* Herausgeg. von Busch, v. Graefe, Horn, Link, Muller, Osann, Bd. XXIV. Berlin, 1840, in-8, S. (371-386) 376.

Fritze. *Loc. cit.*, Tab. XIX, Fig. 18.

(6) Voir : *Magazin der gesammten Heilkunde*, von Jon. Nep. Rust. Bd. VII Berlin, 1820, in-8, Heft 1, S. 149.

(7) Voir : Dupuytren. *Nouveau Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, etc. Paris, 1819, juillet.

Magazin für die gesammte Heilkunde, von Rust, Bd. VII. Berlin, 1820, in-8, Heft 1, S. 148.

Patrix. *Loc. cit.*, Fig. 2.

Ammon. *Parallele der französischen u. deutschen Chirurgie.* Leipzig, 1823, S. 114.

Samuel Lair. *Nouvelle méthode de traitement des ulcères, ulcérations et engorgements de l'utérus.* Paris, 1828, in-8.

Geburtshülfliche Demonstrationen, Heft IX. Weimar, 1828, in-fol., Tab. XXXIX, Fig. 4.

Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geburtskunde. Herausgegeben von Busch, Mende u. Ritgen, Bd. III, Heft 2. Weimar, 1828, in-8, S. 402.

Blasius. *Akiurg. Abb.*, Taf. XLIV, Fig. 12. — *Erklärung*, u. s. w., S. 197.

H. F. Kilian. *Operative Geburtshülfe.* Berlin, 1834, Bd. I, S. 99.

H. F. Kilian. *Geburtshilflicher Atlas.* Düsseldorf, 1834, Tab. XXXVI.

Schnitzer. *Loc. cit.*, Fig. 14.

Ulsamer. *Loc. cit.*, S. 377.

Fritze. *Loc. cit.*, Tab. XIX. Fig. 19.

(8) Riques. *The Edinburgh philosophical Journal*, 1827. Edinburgh, in-8. p. 323.

(9) Samuel Lair. *Loc. cit.*, p. 115 et suiv.

Geburtshülfliche Demonstrationen, Heft IX. Weimar, 1828, in-fol., Taf. XXXIX, Fig. 3.

Gemeinsame deutsche Zeitschrift f. Geburtskunde, Bd. III, Heft 2. Weimar, 1828, in-8, S. 401.

E. Blasius. *Akiurg. Abb.*, Taf. XLIV, Fig. 13. — *Erklärung*, S. 197.

Ulsamer. *Loc. cit.*, S. 377.

Fritze. *Loc. cit.*, Tab. XIX, Fig. 21.

(10) Voir : Galezowski, dans : *Journal für Chirurgie u. Augenheilkunde*, von v. Graefe u. v. Walther, Bd. XIII. Berlin, 1829, in-8, Heft 1, S. 124.

Repertorium der vorzüglichsten Curarten u. Heilmethoden, u. s. w., v. Ernst Rinna v. Sarenbach, Bd. I, Wien, 1833, in-8, S. 89.

Blasius. *Akiurg. Abb.*, Taf. XLIV, Fig. 14. — *Erkl.*, S. 197.

Fritze. *Loc. cit.*, Tab. XIX, Fig. 20.

(11) Voir : Blasius. *Akiurg. Abb.*, Taf. XLIV, Fig. 13. — *Erklärung*, S. 197.

Ulsamer. *Loc. cit.*, S. 377.

Fritze. *Loc. cit.*, Jab. XIX, Fig. 21.

(12) Voir : *Jahrbücher der in u. ausländischen gesammten Medicin*, redig. von C. Chr. Schmidt, Bd. I. Leipzig, 1834, in-4, S. 208.

Comp. : Schnitzer. *Loc. cit.*, S. 33-34, Anmerkung.

(13) Voir : Mélier. *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, année 1883. Paris, t. II, fasc. 3.

Medicinisch-chirurgische Zeitung. Innsbruck, in-8, Jahrg. 1834, Bd. I, S. 309.

Rinna v. Sarenbach. *Repertorium*, etc., Bd. III (De même sous le titre : *Klinisches Jahrbuch des laufenden Jahrzehends*). Güns, 1835, in-8, S. 284-285.

(14) E. C. G. Fricke. Voir dans : *Annalen der chirurgischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg*, Bd. II. Hamburg, 1833, S. 257, 299.

Allgemeine medicinische Zeitung: Altenburg. Jahrg. 1833, N° 94, S. 1490-1491. *Die Blennorrhöen der Gebärmutter*, nach Fricke.

Rinna v. Sarenberg : *Repertorium*, etc., Bd. III, S. 113.

(15) Le spéculum en ivoire de Jobert, voir : *Atlas der chirurgischen Operationslehre mit Einschluss der Anatomie u. Instrumentenlehre*, von Cl. Bernard u. Ch. Huette. Würzburg, 1855, in-8, Platte XXIV, Fig. 1.

Le spéculum en fil de fer de Jobert, voir : *Allg. medicinische Centralzeitung*, von Joh. Jac. Sachs, XI Jahrg., 1842. Berlin, in-Folio 103, St. Spalte 830.

(16) Comparez : Friedrich Ludwig Meissner : *Die Frauenkrankheiten nach den neuesten Ansichten u. Erfahrungen zum Unterricht für praktische Aerzte bearbeitet*, Bd. I, Abtheilung I. Leipzig, 1842, in-8, S. 118.

Dans cet ouvrage, Meissner a mentionné encore deux modifications du spéculum plein de Récamier par Deyber et par Bertze. Je regrette de ne pas avoir pu trouver un renseignement spécial sur ces dernières pièces.

(17) Voir : *Des opérations que nécessitent les fistules vaginales*, par L.-M. Michon. Paris, 1844. — (*Umfassende Darstellung der Operationen, welche die*

Scheidenfisteln erheischen, von L.-M. Michon.) *Analekten für Frauenkrankheiten*, u. s. w., Bd. IV, Heft 4. Leipzig, 1843, in-8, S. (483-590) 554.

Johann Friedrich Dieffenbach : *Die operative Chirurgie*, Bd. I. Leipzig, 1845, in-8, S. 590.

Le spéculum de Martin est plutôt un spéculum vaginal.

(18) Voir : Joh. Fr. Dieffenbach : *Die operative Chirurgie*, Bd. II. Leipzig, 1848, in-8, S. 793.

(19) Voir : *Jahresbericht über die Fortschritte der gesammten Medicin in allen Ländern*, im Jahre 1844. Redigirt von Canstatt u. Eisenmann, Bd. II. Würzburg, 1845, in-4, S. 195.

Martell Frank. *Systematisches Lehrbuch der gesammten Chirurgie*. Bd. I. Erlangen, 1849, in-8, S. 60.

(20) Comparez : *Allgemeine medicinische Centralzeitung*, herausg. von Joh. Jac. Sachs. XV Jahrg., 1842. Berlin, in-fol, Stück 92, Spalte 744.

(21) Comparez : *Handbuch der chirurgischen Instrumenten u. Verbandlehre*, von C. F. Cessner, 2. Aufl., Wien, 1855, in-8. S. 333.

(22) Comparez : J. J. Sachs. *Allg. med. Centralzeitung*, V Jahrg. Berlin, 1836, St. I, Sp. 23.

(23) Voir : *Ein neues Speculum u. dessen Anwendung*, von Behrens, in Hannover, *Hannoversche Annalen für die gesammte Heilkunde*, herausg. von G. P. Holscher. Neue Folge, III Jahrg., 1843. Hannover, in-8, Heft 1.

Sachs. *Allg. med Centralzeitung*, XII Jahrg. Berlin, 1843, in-4, St. 37, Sp. 296.

(24) Pour les spécula en verre blanc et foncé du mécanicien Osterland, intro duits dans la pratique par Hacker, voir : *Summarium*, u. s. w.. von Kneschke, 1836, Bd. II, Heft 6.

Berliner med. Centralzeitung, herausg. von Sachs, VI Jahrg. Berlin, 1837, in-4, 9 St., Sp. 180-181.

Schnitzer. *Loc. cit.*, S. 34, voir la note, fig. 13.

(25) Voir : Haslam dans : *The Boston medical and surgical Journal*, Year 1851, January.

Comp. : *Neue medicin.-chirurg. Zeitung*, von L. Ditterich. Munchen, in-8, Jahrg. 1851, N° 36, S. 576. — *Verbesserter Mutterspiegel*, von Haslam. in London.

(26) *Neue med. chir. Zeit.*, red. von L. Ditterich. Munchen, in-8, Ergänzungsband 1846, N° 13.

Comp. : *Vierteljahrsschrift für die praktische Heilkunde*; herausg. v. d. med. Facultät in Prag., IV Jahrg. Prag., 1847, in-8, Bd. III. *Analekten*.

Notizen für praktische Aerzte, u. s. w., Zusammengestellt von F. Graevell. I Jahrg. Berlin, 1848, in-8, S. 718.

(27) Voir : C. Mayer. *Ueber das Milchglasspeculum u. über die Anwendung der Mutterspiegel überhaupt*, dans : *Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtskunde in Berlin*, 1853, Heft 7.

Comparez le compte rendu de ce mémoire dans : *Schmidt's Jahrbücher der in u. ausländischen gesammten Medicin*, herausg. von Richter u. Winter, Bd. LXXXII, Jahrg. 1854. Leipzig, in-4, N° 6, S. (321-323) 321.

(28) Voir : *Verhandlungen der Section für Geburtshülfe bei der 31e Versammlung deutschen Naturforscher u. Aerzte*, zu Gottingen, 1854. — Auszug aus den Protokollen von Spiegelberg. *Monatschrift für Geburtskunde*, Bd. V. Berlin, 1855, in-8, Heft 1.

Comparez l'analyse dans : *Schmidt's Jahrbücher*, u. s. w., Bd. LXXXVI, Jahrg. 1855, N° 4, S. (59-61) 60.

S. C. Rayer. *Loc. cit.*

(29) Voir : *Journal für Chirurgie u. Augenheilkunde*, von v. Graefe u. v. Walther, Bd. XVII. Berlin, 1832. Heft 2, S. 322.

Rinna v. Sarenbach, *Repertorium*, u. s. w., Bd., I, 1883, S. 91.

Schnitzer. *Loc. cit.*, Fig. 11.

(30) Voir : Seerig. *Armamentarium chirurgicum*, in-fol.. Taf. XXII, Fig. 9.

(31) Voir : M. d'Outrepont, *Ueber den Vorfall der Gebärmutter u. Anwendung der Mutterkränze*. Aus der *neuen Zeitschrift für Geburtskunde*, Bd. II, Heft 3. Berlin, 1835, in-8. — Compte rendu de ce mémoire dans : *Analekten für Frauenkrankheiten*, u. s. w., Bd. V. Leipzig (1844-1845), in-8, Heft 3, 1844, S. (489-491) 491.

(32) Voir : Locock, dans *Cyclopædia of pratic. medicine*.

Comp. : Rigby. *Ueber die Leucorrhöe*, traduit d'après : *The London medical and surgical Journal*, 1834, dans : *Analekten für Frauenkrankheiten*, u. s. w., Bd. I. Leipzig, 1837, S. (134-148) 144.

(33) Comparez : Friedrich Ludwig Meissner. *Die Frauenkrankheiten nach den neuesten Ansichten*, u. s. w., bearbeitet, Bd. I, 1. Abth. Leipzig, 1842, in-8. S. 118.

(34) Comparez : Meissner. *Loc. cit.*, S. 118.

Sickel, dans : *Schmidt's Jahrbücher*, u. s. w., Bd. LXXXVI, Jahrg. 1855, N° 6, S. 349.

(35) Voir : Dufresne-Chassaigne, dans le *Journal hebdomadaire des progrès des sciences médicales*. Paris, 1834.

Comp. : Rinna v. Sarenbach. *Repertorium*, u. s. w., Bd. IV (*Klinisches Jahrbuch*, u. s. w., 2. Abth.). Güns, 1836, in-8, S. 303.

Meissner. *Loc. cit.*, S. 118.

(36) Voir : Raciborski, dans la *Gazette des hôpitaux*, 1855, n° 10.

Comp. : Sickel. *Loc. cit.*

(37) Voir : *Aëtii contractæ e veteribus medicinae tetrabilion*. Lib. XVI, cap. 86.

(38) Παύλου Αἰγινήτου βίβλια ἑπτά. Basileæ, 1538, in-fol., ξε (p. 116) — οε (p. 121).

Comp. : Herm. Fr. Kilian. *Die Geburtshilfe von Seiten der Wissenschaft u. Kunst dargestellt*, in 2 Bänden, 2 Aufl. Frankfurt a. M., 1850-1852, in-8, II Theil, 1. Abth., 1850, S. 39 u. 40.

(39) Voir : *Gravissimorum aliquot affectuum muliebrium præcipue ad chirurgiam spectantium curandi ratio*, ex Abulcasis medendi methodo libr. II, desumpta in *Gynæciorrum* tomo II. Basileæ, 1586, in-4, p. (489-500) 496 et 497.

(40) Seerig : *Armamentarium chirurgicum*, Tab. XXIV, Fig. 3.

(41) Voir : *Ein schön lustig Trostbüchle von den empfenknüssen u. geburten der Menschen und ihren vielfaltigen Zufällen*, u. s. w. Erst newlich zusammengeläsen, durch Jakob Rüff. Zurich, 1553.

De conceptu et generatione hominis, etc., libri sex, congesti opera Jacobi Rueff, Tiguri, 1554, in-4, recusi in opere : *Gynæciorum sive de mulierum affectibus commentarii Græcorum, Latinorum*, etc., t. I. Basileæ, 1586, in-4, p. (341-123) 367.

(42) Voir : Ambroise Paré. *De la génération de l'homme*, etc. Paris, 1573, in-8.

Voir : *Ambrosii Paræi de hominis generatione liber*, in *Gynæciorum* tomo II. Basileæ, 1586, in-4, p. (404-454) 479 et 480.

(43) Voir : *Sculteti Opera*. Amstelodami, 1672, p. 39, fig. IV.

(44) Voir : *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont nouvellement accouchées*, etc., par François Mauriceau. Paris, 1668, in-4. — Sixième édition. Paris, 1740, in-4, t. I, p. 364, fig. 3.

(45) Voir : *An account of inventions and improvements in surgical instruments*, by J. Weiss. London, 1831.

Blasius. *Akiurg. Abb.*, Taf. XXXVIII, Fig. 49. — *Erklärung*, S. 173.

Karl Zimmermann. *Lehre des chirurgischen Verbandes u. dessen Verbesserungen zum Gebrauch für ausübende als auch angehende Wundärzte*. Leipzig, 1834, in-8 (mit einem *Atlas* von 65 Tafeln, in-4), S. 209-211. Atlas, Taf. XXXI, Fig. 1-4.

H. F. Kilian. *Operative Geburtshilfe*, Bd. I, S. 99, *Geburtshilflicher Atlas*, Tab. XXXVI.

Rinna v. Sarenbach. *Repertorium*, Bd. IV, S. 303.

Fritze. *Loc. cit.*, Taf. XIX, Fig. 23.

(46) Voir : *Mémoire sur un nouveau procédé pour l'amputation du col de la matrice dans les affections cancéreuses*, par M.-J. Hatin. Paris, 1827.

Blasius. *Akiurg. Abb.*, Taf. XLIV, Fig. 28-31. — *Erklärung*, S. 190.

(47) Comparez : Fritze. *Loc. cit.*, Taf. XIX, Fig. 24.

(48) Voir : *Lorenz Heister's Chirurgie*, u. s. w., neue vielvermehrte u. verbesserte Auflage. Nürnberg, 1763, in-4, Tab. XXXIII, Fig. 15.

(49) Voir : *Nouveau Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, etc., t. X. Paris, 1821, février.

Comp. : *Anthelme Richerand's Grundriss der neuern Wundarzneikunst*, nach der 5e Originalausgabe übersetz, IV Theil. Leipzig, 1823, in-8, S. 217.

(50) Voir : *Manuel obstétrique*, etc., par A. Dugès. Montpellier, 1826, in-12.

Froriep : *Notizen aus dem Gebiete der Natur u. Heilkunde*, Bd. XXXIX. Weimar, 1834, in-4, N° 11, S. 176.

Seerig. *Armamentar. chirurg.*, Tab. XXVI, Fig. 15.

(51) *Handbuch der chirurgischen Instrumenten u. Verbandlehre*, v. I. L. Cessner (1. Auflage). Wien, 1852, in-8, S. 250 ; 2. Aufl., Wien, 1855, in-8, S. 333-334.

(52) Voir : *Lehrbuch der Geburtshilfe*, von F. Scanzoni, Bd. I. Wien, 1849, in-8, S. 154, Fig. 69.

Comp. : Franz A. Kiwisch Ritter von Rotterau. *Klinische Vorträge über specielle Pathologie u. Therapie der Krankheiten der weiblichen Geschlechts*, I Abth., 3. Aufl. Prag., 1851, in-8, S. 41.

C. J. Cessner. *Handbuch der chir. Instrumenten u. Verbandlehre.* Wien, 1852, S. 250, 2. Aufl., 1855, S. 336.

(53) Voir : Andrieux Brioude. *Annales d'obstétrique*, année 1842.

Comp. : J. J. Sachs. *Allg. med. Centralzeitung*, XI Jahrg, 1842. Berlin, in-fol., St. 92, Sp. 744.

(54) Voir : Kiwisch v. Rotterau. *Loc. cit.*, S. 41.

(55) Voir : Samuel Lair. *Nouvelle méthode du traitement des ulcères*, etc. Paris, 1828, in-8.

Geburtshülfliche Demonstrationen, Heft 9, 1828, Taf. XXXIX, Fig. 5.

Neumann, dans : *Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, herausg. von Busch, Mende u. Ritgen, Bd. II. Berlin, 1836, in-8, S. 99,ff.

Schnitzer. *Loc. cit.*, S. 34, voir la note, fig. 1-4.

(56) Voir : *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, par A. Martin-Lauzer, 3e année. Paris, 1855, in-8, n° 5, p. 132-133. *Un nouveau procédé de dilatation de la vulve et du vagin.*

(57) Voir : L'*Union médicale*, année 1850, n° 130.

Comp. : *Neue medicinisch-chirurg. Zeitung.*, Red. Ditterich. München, in-8, Jahrg. 1851, n° 17, S. 266. *Ein neues Speculum von Dr Magonty.*

(58) Tuxley, dans : *The Lancet*. London, 1827, July, n° 201.

Froriep. *Notizen aus dem Gebiete der Natur. u. Heilkunde.* Bd. XVIII, Weimar. 1827, N° 14, S. 223.

Lisfranc. *Sur les maladies de l'utérus. Gazette médicale de Paris*, année 1833, nos 61 et 64. Compte rendu dans : *Jahrbücher der in u. ausländi-*

schen Medicin, herausg. von C. Chr. Schmidt, Bd. I, 1834. Leipzig, in-4, S. 208 u. ff.

Kilian. *Die operative Geburtshilfe, loc. cit.* — *Geburtshilfl. Atlas*, Taf. XXXVI.

Schnitzer. *Loc. cit.*, Fig. 5 u. 6.

(59) Voir : Kiwisch v. Rotterau. *Loc. cit.*, S. 40.

(60) Voir : E. C. G. Fricke. *Die Blennorrhöen der Gebärmutter*, dans son œuvre : *Annalen des allg. Krankenhauses zu Hamburg*, Bd. II. Hamburg, 1833, S. 257-299.

Comp. : *Allgem. med. Zeitung*, herausg. von Pierer u. Pabst. Altenburg, S. 1490-1491.

Rinna v. Sarenbach. *Repertorium*, u. s. w., Bd. III, S. 113.

(61) J'ai vu chez le fabricant d'instruments Rauch, à Vienne, un modèle du spéculum du professeur Schwoerer, de Fribourg (e. B.); il se compose de deux semi-tubes en quille; sur chaque valve est montée une poignée sous un angle obtus; les deux poignées sont jointes par une articulation à ressort; enfin, une valve obtectrice est ajoutée à la valve gauche, sur la surface extérieure de laquelle elle est fixée par une vis.

(62) Voir : Bozzini. *Loc. cit.*, p. 6-8, table III. fig. 1; et page 8, table III, fig. 5.

(63) Voir : Schnitzler. *Loc. cit.*, Fig. 12.

(64) Voir : *Atlas der chirurgischen Operationslehre mit Einschluss der chirurg. Anatomie u. Instrumentenlehre*, Cl. Bernard u. Ch. Huette. Würzburg, 1855, in-8, Taf. XXIV, Fig. 3.

(65) Voir : Ph. Ricord. *Mémoires et observations*, etc., 1834.

Ph. Ricord. *Beobachtungen über Syphilis u. Tripper*, übersetzt von Eisenmann. Erlangen, 1836, in-8, S. 72 ff.

C.-M. Gibert. *Revue médicale*, 1837. — *Praktische Bemerkungen über die Ulceration des Gebärmutterhalses u. über den Missbrauch und den Nachtheil der zu häufigen Anwendung des Mutterspiegels bei Behandlung dieser Krankheiten*, von C.-M. Gibert. Aus der *Revue médicale*, 1837, übersetzt in den *Analekten für Frauenkrankheiten*, u. s. w., Bd. II. Leipzig, 1840, in-8, S. (484-502) 497, nebst einer lithographirten Tafel.

Scanzoni. *Loc. cit.*, Bd. I, 1849, S. 153, Fig. 68.

Kiwisch v. Rotterau. *Loc. cit.*, I Abth., 1851, S. 40 u. 42.

Cessner. *Handbuch der chirurg. Instrumenten u. Verbandlehre*, 2. Auflage. Wien, 1855, S. 334-335, Fig. 289.

(66) Voir : Peraire. *Gazette médicale de Paris*, 1845. — *Ueber verschiedene Explorationsmethoden des Mutterhalses*, von Dr Peraire in Bordeaux. Aus der *Gazette médicale* übersetzt in den *Analekten für Frauenkrankheiten*, u. s. w., Bd. VI, Heft 1. Leipzig, 1845, in-8, S. (258-277) 269-270.

(67) Comparez : Zeiss, dans *Journal für Chirurgie u. Augenheilkunde*

herausg. von der medicinischen Facultät in Prag., IV Jahrg., Prag., 1847, in-8, Bd. I. *Analekten.*

C. C. Schmidt's Jahrbücher, etc., redig. von Göschen. Jahrg. 1846, N° 12, Bd. LII, Heft 3. Leipzig, in-4, S. 322.

(68) Voir : Zeiss. *Loc. cit.*

Comp. : *C. C. Schmidt's Jahrbücher. Loc. cit.*

Vierteljahrsschrift für praktische Heilkunde, herausg. von der medicin. Facultät in Prag., IV Jahrg. Prag., 1847, in-8, Bd. I. *Analekten.*

Notizen für praktische Aerzte, von Graevell, I Jahrg. Berlin, 1848, in-8, S. 718.

(69) Voir : Carl Gustav Carus. *Lehrbuch der Gynäkologie*, u. s. w., 3. Auflage. Leipzig, 1838, in-8, I Theil, S. 72, Taf. I, Fig. 14.

Scanzoni. *Loc. cit.*, Bd. I, 1849, S. 153.

Kiwisch v. Rotterau. *Loc. cit.*, I Abth., 1851, S. 40-41 u. 42.

Cessner. *Loc. cit.*, 1852, 2. Aufl., 1855, S. 335-336, Fig. 290-291.

Bernard u. Huette. *Loc. cit.*, Taf. XXIV, Fig. 2.

(70) Voir : *Systematisches Lehrbuch der gesammten Chirurgie*, von Martell Frank. Erlangen, 1849-1852, in-8, Bd. II, 1852, S. 666, § 954, Fig. *e.*

(71) Voir : Ehrmann. *The American Journal of the medical sciences.* Philadelphia, in-8, 1829, 46.

Répertoire général d'anatomie et de physiologie, t. V. Paris, 1828, in-4, 2e partie, p. 172.

V. Froriep. *Chirurg. Kupfertafeln.* Weimar, Taf. 235.

Blasius. *Akiurg. Abbild.*, 1833, Taf. XLIV, Fig. 51. — *Erklärung*, S. 201.

Rinna v. Sarenbach. *Repertorium*, u. s. w., Bd. III, 1835, S. 284.

(72) Voir : D. W. H. Busch, dans *Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, Bd. IV. Berlin, 1835, in-8, S. 107-109.

D. W. H. Busch. *Die theoretische u. praktische Geburtskunde.* Durch Abbildungen erläutert. Berlin, 1838, in-8, mit 50 Taf., in-fol., S. 447, Taf. 27, Fig. 187 u. 188.

Schnitzer. *Loc. cit.*, S. 34-35, voir la note, Fig. 7 u. 8.

(73) Voir : S. A. Lane. *The Lancet*, Decemb. 1855.

Comp. : *Schmidt's Jahrbücher*, etc., Bd. LXXXX, Jahrg 1856. Leipzig, in-4, S. 54, *Dreiblättiges Speculum von S. A. Lane.*

(74) Voir : Colombat. *Revue médicale française et étrangère* et *Journal de clinique de l'Hôtel-Dieu.* Paris, 1828, mai.

Comp. : *Neueste medicinisch-chirurgische Journalistik des Auslandes in Auszügen*, herausg. von Behrend und Moldenhaver, Bd. I. Berlin, 1830, in-8, S. 99.

Ed. Graefe, dans *Journal für Chirurgie u. Augenheilkunde*, von Graefe u. v. Walther. Berlin, in-8, Bd. XVII, 1832, Heft 2, S. 322.

Schnitzer. *Loc. cit.*, Fig. 9.

(75) Ed. Graefe. *Loc. cit.*

Comp. : Joh. Friedr. Dieffenbach. *Die operative Chirurgie,* Bd. II. Leipzig, 1848, in-8, S. 793.

Mathias Joseph Bluff. *Die Leistungen u. Fortschritte der Medicin in Deutschland,* im Jahre 1832. Berlin, 1833, in-8, S. 297.

(76) Outre les instruments cités, il y a encore quelques autres specula « composés » de plus ancienne date et d'une époque ultérieure ; — tel un spéculum de Thompson (comparez : F. L. Meissner. *Loc. cit.*. Bd. I, I Abth., S. 118), un spéculum à trois valves de Leroy d'Etiolles (comparez : Meissner. *Loc. cit*, Bd. I, I Abth., S. 495 u. 497, et Dieffenbach. *Die operative Chirurgie,* Bd. II. Leipzig, 1848, in-8, S. 793), — tel le spéculum à 8 branches de Guillon (comparez : Schnitzer. *Loc. cit.*, S. 34, voir la note), enfin le spéculum à 6 branches de George Arnaud (*Mémoires de chirurgie,* t. II, p. 475. — Comparez : Balbirnie, *Die Metroskopie,* u. s. w., übersetzt von Schnitzer, S. 33). L'auteur ne pouvait pas juger de ces pièces faute des renseignements spéciaux sur leur construction.

(77) Voir : Cessner. *Handbuch der chirurgischen Instrumenten u. Verbandlehre,* 2. Auflage. Wien, 1855, in-8, S. 336.

(78) Voir : W. Beaumont, dans *The London medical Gazette.* London, in-4, 1837, 22 April.

Neue Notizen aus dem Gebiete der Natur u. Heilkunde, von v. Froriep. Weimar, in-4, Bd. III, 1837, N° 9, S. 140, Fig. 4 u. 5.

Ulsamer. *Loc. cit.*, S. 378.

(79) Comp. : *Allg. med. Centralzeitung* von J. J. Sachs, XII Jahrg. Berlin, 1843, in-4, St. 104, Sp. 830.

(80) Voir : S. Vernbes, dans la *Gazette des hôpitaux civiles et militaires,* sous la direction du Dr Fabre, XXIe année. Paris, 1848, in-fol.

Лекарство-подводящая трубка или speculum **для введенія лекарствъ въ глубокія и мало-доступныя части тѣла. Дра** VERNHES **Военно-Медицинскій Журналъ, издаваемый Медицинскимъ Департаментомъ Военнаго Министерства. Часть.** LI Nr **2. С. Петербургъ 1848, 8° Смѣсь, страница 2 ф. 30.**

Piorry. *Acad. de méd.*, séance du 16 novembre 1847. *Gazette médicale de Paris,* 1847. Paris, in-4, n° 47, p. 933.

(81) Voir : Duparcque. *Acad. de méd.*, séance du 27 mai 1833. La *Lancette française* (*Gazette des hôpitaux civils et militaires*), 6e année, 1833, t. VII. Paris. in-fol., p. 263-264.

(82) L'idée de Zang (*Darstellung blutiger heilkünstlerischer Operationen,* 3. Theil, 2. Abth. Wien, 1819, in-8. S. 350), de Wutzer [*Ueber Heilung der Blasenscheidenfistel mit Hülfe der Punktion der Blase* dans : *Organ für die gesammte Heilkunde,* herausg. unter Redaction von Naumann, Wutzer, Kilian, Bd. II, Heft 4. Bonn, 1843, in-8, S. (481-589) 563] se retrouve, d'après une commu-

nication personnelle à moi de mon père, dans l'appareil de Gerdy et de Jobert, de Paris. En 1832 Velpeau (*Nouveaux éléments de médecine opératoire*. Paris, 1832, t. III, p. 652) conçut l'idée de remplacer les deux crochets par un seul crochet d'une forme sémi-cylindrique, monté sous un angle droit sur une longue poignée.

C'est ce levier ou écarteur de Velpeau qu'on retrouvera plus ou moins varié dans le spéculum univalve de Marion Sims (publié en 1858), dans l'écarteur de Bozemann et de Simon, enfin dans l'écarteur vertical, la valve en gouttière d'Esmarch appliquée dans le décubitus génu-cubital (*Ueber die Operation der Blasenscheidenfisteln*, von F. C. Esmarch in Kiel. Deutsche Klinik, 1858. Berlin, in-fol., n° 27, S. 263 ff.

Comparez : Bernhard Gottlob Schreger. *Grundriss der chirurgischen Operationen*, Th. I. Nürnberg, 1825, in-8, S. 101.

(83) J'ai modifié dans mes recherches les cuillers en les courbant tantôt plus, tantôt moins, en les faisant plus droites ; enfin, j'ai combiné une cuiller plus droite avec une autre plus courbe, cependant je suis toujours revenu à la première forme. D'abord, il me paraissait que la combinaison d'une cuiller droite avec une cuiller courbe serait convenable pour les cas où la matrice se trouve élevée jusqu'à un certain degré, comme par exemple dans une grossesse avancée.

ÉCARTEUR VAGINAL A TROIS VALVES.

(DIOPTRA VAGINALIS TRIBRACHIA SIVE DILATATORIUM SIVE DIOPTRA VAGINALIS TRIVALVA.)

Cet instrument dont mon père se sert dans sa pratique nosocomiale et privée pour beaucoup d'opérations portant sur le museau de tanche et les parois vaginales, mais surtout pour l'occlusion des fistules urinaires de la femme, dont il a opéré 232 cas (voir l'*Index bibliographique*, VI, VIII, XI-XIV, XVI-XX, XVIII-XXVI, XXVIII-XXX), et parmi ceux-là 200 avec guérison complète, depuis 1859 jusqu'en 1883, a été construit en 1859. Il a été présenté le 5 avril 1859 à la Société médicale de Varsovie et publié pour la première fois en 1861. (Voir l'*Index bibliographique*, VI, XXI, XXII, XXIII-XXX.)

C'est un écarteur vaginal appliqué dans la position génu-

pectorale, qui tout en se tenant lui-même en place maintient grand ouvert le vagin d'une façon très satisfaisante. Je ne veux point discuter ici pour quelle raison, surtout dans les opérations de fistules urinaires, L. Neugebauer a recours à la position génupectorale, j'en parlerai dans un travail ultérieur, qui rendra compte des opérations citées d'occlusion des fistules urinaires. Je mentionne seulement ce fait qu'il pratique les opérations des fistules urinaires sans chloroforme, dont la réaction, les vomissements peuvent quelquefois compromettre le résultat de l'opération, comme je l'ai vu arriver à un autre chirurgien, et qu'il voit le principal avantage de ladite position dans l'effet de la pesanteur des entrailles; celles-ci, par leur poids viennent dilater la paroi antérieure du vagin. D'ailleurs il est beaucoup plus aisé d'opérer de « haut en bas » que de « bas en haut »; enfin il y a des cas, surtout lorsque la fistule est située très profondément, où l'on n'arrive qu'avec des difficultés énormes à rendre visible et accessible le terrain opératoire dans le décubitus dorsal.

Certes, pour beaucoup de fistules, surtout pour les fistules portant sur les parties inférieures du vagin et de l'urèthre, le décubitus dorsal, de même que le décubitus latéral, est très commode et très pratique surtout pour la malade, moins pour l'opérateur; je ne nie pas que ces positions soient avantageuses pour beaucoup de cas, mais je ne puis m'empêcher de préférer le décubitus génupectoral plus commode pour l'opérateur et le seul qui permette de pratiquer l'opération, même dans les cas les plus difficiles, dans un temps très court et sans aucun aide. Aussi est-ce un des grands avantages de l'écarteur vaginal de Neugebauer de permettre de se passer d'aide. Avec un instrument de ce genre, en effet, point de fatigue ou d'inexpérience de la part des aides à redouter, point de gêne pour l'œil et le doigt, qui guident le bistouri, occasionnée par l'interposition de la tête et des mains des assistants. Quelque utile que soit la présence d'un collaborateur éclairé, il est hors de doute que dans nombre de cas on

est obligé de s'en passer. L'opération ne sera possible, ou du moins aisée, qu'en ayant recours à un instrument tel que celui qui nous occupe.

Je ne veux point faire ici la comparaison de l'écarteur de Neugebauer avec ceux de Bozemann, de Sims, de Simon, et la modification de celui-ci par Lebjedjeff; je ne veux en donner ici que la description. Quant à l'objection que le décubitus génupectoral ne permet pas d'endormir la malade, j'ajoute que l'écarteur trivalve peut de même être appliqué dans le décubitus latéral; et, d'autre part, qu'on peut de même endormir la malade dans la position génupectorale, ainsi qu'il a été fait quelquefois sur la demande spéciale de la malade par mon père, — mais la narcotisation dans cette position demande des aides. Je préfère sacrifier la narcose, superflue dans la plupart des opérations portant sur le museau de tanche et les parties du vagin situées au-dessus de son entrée, que de sacrifier les avantages naturels de la position génupectorale et de prolonger inutilement la durée de l'opération.

Du reste, selon l'expérience et l'habitude personnelles, chacun des opérateurs donnera la préférence au procédé qu'il possède le mieux, d'autant plus s'il lui a donné des résultats satisfaisants.

Voici en quels termes parle L. Neugebauer dans son premier mémoire de 1861 :

« L'opération de la fistule vésico-vaginale, dit l'auteur, est considérée comme une des plus laborieuses et difficiles, principalement au point de vue des fistules situées très profondément et accessibles qu'avec beaucoup de peine pour l'opérateur, ses aides et la malade. L'avivement et la suture des bords deviennent de même difficiles en raison de la longue durée de ces opérations; c'est un procédé qui demande beaucoup de patience de la part de l'opérateur et de l'opérée. Il n'est donc pas étonnant que, dès une époque très reculée, les praticiens songeaient à le rendre plus facile en élargissant l'accès du terrain opératoire. C'est ainsi que l'on se servit

d'abord des spécula très courts ou bien ouverts sur le côté afin de pouvoir atteindre la fistule. A la première partie appartient le spéculum d'Ehrmann (1), à la seconde ceux de Martin (2), Pitha (3), Heuberger (4), Dubois (5), qui ont des fenêtres latérales, les spécula de Dupuytren (6), Guillen (7), Deyber (8), Blasius (9), Reybard (10), ouverts tout le long d'un côté, enfin les spécula composés, dont les valves se laissent écarter l'une de l'autre à l'aide de différents mécanismes, comme les instruments de Dieffenbach (11), de Ricord (12) et d'autres.

D'autres opérateurs qui ne se contentaient pas des spécula qu'ils trouvaient par trop incommodes, tâchaient de rapprocher le terrain opératoire de différentes façons.

Roux (13) attirait en avant la fistule par un crochet mousse introduit dans la fistule, Malagodi (14) remplaçait le crochet par l'index de la main gauche, Hayward (15) tâchait d'attirer la fistule au dehors par un cathéter introduit dans la vessie, Wutzer (16) et Kilian (17) mirent en pratique un procédé spécial pour dilater l'ouverture du vagin en écartant ses parois par des crochets mousses plats. Kilian se servit de trois crochets, dont deux portaient sur les parois latérales, tandis que le troisième soulevait la paroi rectale dans la position génu-cubitale. Jobert (18) enfin attirait en bas les fistules par des crochets aigus, ayant recours dans les cas plus difficiles à l'écartement combiné des parois vaginales à l'aide des crochets mousses, mais plus longs que ceux de Wutzer et Kilian (19).

Les écarteurs en crochet mousse trouvaient leur indication, mais leur usage tombait sous le coup d'un grave reproche, celui de nécessiter la présence de trois aides susceptibles de se fatiguer au cours d'une opération aussi longue. Il en est de même pour les valves par lesquelles Velpeau (20), Sims (21), Bozemann (22), Charrière (23), Mathieu (24) avaient remplacé le crochet de Kilian, destiné à soulever la paroi rectale. Le

(1) Pour les notes, voir la fin de l'article au prochain numéro.

même inconvénient résultait aussi des deux valves de mon spéculum bivalve de 1855, si on les employait isolées en double écarteur (25).

C'était donc un progrès considérable que l'invention d'un instrument plus pratique faite,il y a peu de temps,par M. Esmarch, de Kiel (26). Il construisit un écarteur qui se composait d'une valve et d'une poignée. La valve était droite et concave comme un bec d'oiseau, l'extrémité antérieure arrondie, l'extrémité postérieure taillée verticalement et munie d'une petite gaine pour y introduire l'éperon de la poignée. Celle-ci est formée par une plaque rectangulaire d'acier, aplatie sur son bout antérieur à former l'éperon déjà mentionné, qui entre dans la gaine de la valve, courbée dans sa partie postérieure. Le maniement est facile.

La femme placée dans le décubitus génucubital,on introduit d'abord la valve dans le vagin, puis l'éperon de la poignée dans la gaine de celle-ci pour soulever la paroi rectale. L'extrémité postérieure de la poignée très longue est courbée dans une direction convenable et repose sur la région lombaire, où elle peut être maintenue par un bandage.

J'ai employé l'écarteur d'Esmarch peu de temps après qu'il avait été connu et je le trouve très pratique, mais il était susceptible d'un perfectionnement. D'abord il ne soulevait pas suffisamment la paroi rectale pour bien voir le museau de tanche et les parties profondes, puis, la valve introduite très profondément, les fesses se rapprochaient et me forçaient à recourir à des aides spéciaux qui les écartèrent.

J'ai construit un écarteur que j'ai eu l'honneur de présenter l'année passée (1860) à la Société médicale de Varsovie. C'était une modification de l'écarteur d'Esmarch, portant principalement sur la poignée, mais aussi sur la valve. J'ai donné à celle-ci la forme des cuillers de mon spéculum bivalve, décrit il y a quelques années, mais en laissant subsister la courbure (la concavité en haut) je l'ai aplatie. J'en ai fait faire de plusieurs grandeurs. La valve restait toujours longue de 8 cent., mais la largeur variait; dans la plus petite valve la

partie moyenne mesurait de 25 à 27 mill. de largeur, elle se rétrécissait en avant et s'élargissait en arrière.

Grâce à ces modifications j'ai pu appliquer l'instrument aux vagins les plus rétrécis, je soulève beaucoup plus la partie inférieure et supérieure de la paroi postérieure du vagin et en même temps les parties plus profondes de la paroi antérieure, c'est-à-dire j'ai rendu accessibles les fistules le plus profondément situées.

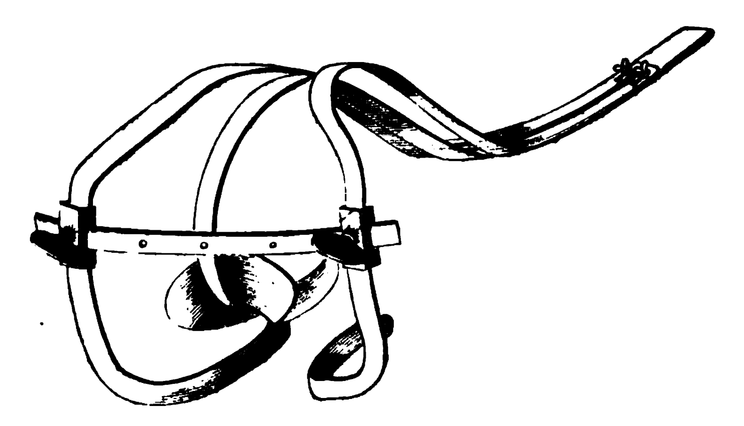


FIGURE 14. — *Dioptra vaginalis tribrachia* (premier modèle décrit en 1861); 1/4 grandeur naturelle. (Voir l'index bibliographique, VI.)

Pour empêcher les fesses de se rapprocher et de me priver du jour, j'ai monté à peu près à angle droit, sur le rebord postérieur de la cuiller, une petite lame métallique large de 8 centimètres et haute de 4 centimètres, dont les bords sont un peu courbés en arrière; enfin dans son extrémité postérieure se trouve une petite gaine, dans laquelle on fait entrer l'éperon de la poignée. J'ai dû donner à celle-ci une courbure extraordinaire pour soulever le plus possible la paroi rectale. Si on place la poignée sur un plan horizontal de façon qu'elle ne le touche que des deux extrémités, la lame métallique en partant de l'extrémité postérieure s'élève peu à peu au-dessus du plan jusqu'à une distance de 27 centimètres de cette extrémité, puis la courbure, s'accentuant de plus en plus

s'élève plus brusquement et après être arrivée à une hauteur de 10 centimètres au-dessus du plan horizontal, elle descend en arc fortement courbé. Avant d'arriver sur le plan elle change encore brusquement de direction pour se courber en arrière et prendre une direction droite sur une longueur de 3 cent. 1/2, enfin elle touche le plan sous un angle de 25°. Le point de la courbure antérieure le plus éloigné de l'extrémité postérieure en était à 47 centimètres, la distance absolue des deux extrémités de la poignée étant de 43 centimètres. La poignée était en acier, large de 2 cent. 1/2 et épaisse de 3 millimètres en arrière, large de 9 millimètres et moins épaisse en avant.

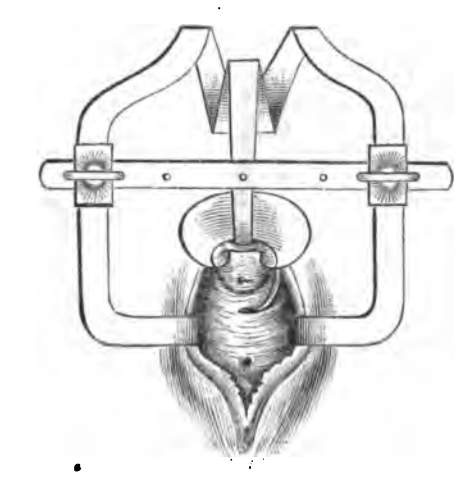


FIGURE 15. — *Aspect du vagin dilaté par l'écarteur.*

L'usage de cet instrument me fit connaître qu'il y manquait encore quelque chose. Tout en écartant bien le vagin dans la direction verticale, il ne le dilatait pas assez de droite à gauche pour pouvoir se passer des aides. C'est pourquoi j'ai ajouté à l'écarteur vertical les deux crochets ou les écarteurs latéraux de Wutzer (en plaques métalliques larges de 15 mill., épaisses de 3 mill. 1/2), en les fixant de côté sur la tige de la poignée de l'écarteur médian ou vertical.

Ces plaques latérales portent à leur extrémité postérieure chacune une fenêtre longue de 3 centimètres et large de 5 millimètres, par laquelle passe le tronc d'une vis, enfoncée dans la poignée à une distance de 10 centimètres de son bout libre postérieur. Ces fenêtres allongées permettent d'avancer ou de reculer un peu les branches latérales afin de les fixer dans une position convenable.

Les branches des écarteurs latéraux dans leur partie postérieure parallèles à la poignée de l'écarteur médian, sur le dos de laquelle elles reposent, s'en écartent sous un angle de 100 à 110 degrés tout en suivant une courbure analogue à celle de la plaque médiane. A une distance de 10 centimètres de l'angle qu'elles viennent de former, elles changent brusquement de



FIGURE 16. FIGURE 17. FIGURE 18.
Figures 16-18 : La valve rectale ou recto-vaginale vue de profil et de face (1/4 de grandeur naturelle).

direction et descendent en bas tout en formant un nouvel arc moins courbé, dont le centre se trouve dans leur articulation postérieure. Ayant suivi cette direction sur une longueur de 9 centimètres elles en changent une troisième fois pour prendre une courbure tournée en dedans, c'est-à-dire elles se rapprochent l'une de l'autre. Après avoir parcouru un espace de 3 centimètres elles changent une dernière fois de direction en se refoulant en arrière avec une courbure légèrement convexe en dedans. Elles viennent de se toucher dans un point et s'écartent de nouveau afin de se terminer environ 8 centimètres en arrière de leur partie la plus avancée.

Cette dernière partie de chaque plaque latérale, qui forme ainsi une sorte de crochet mousse, est située à 3 centimètres plus bas que l'extrémité postérieure de la plaque antérieure.

Enfin j'ai fixé à l'aide d'une vis forte, mobile sur le point le plus saillant de la courbure antérieure de la poignée, une lame transversale haute de 9 millimètres, épaisse de 3 millimètres. Sur la même lame s'adaptent les écarteurs latéraux au moyen de deux vis, qui permettent de les rapprocher ou de les éloigner dans la direction verticale et frontale et de les fixer dans la position convenable.

Les quatre plaques métalliques dont se compose mon appareil une fois montées, on ne les dérange plus que pour les nettoyer.

Voici la description de l'instrument dans sa première forme telle qu'elle a été donnée dans ledit ouvrage de mon père, en 1861. L'écarteur vaginal à trois branches est représenté dans les figures suivantes, que j'ai copiées d'après le mémoire cité. (Figures 14 à 18.)

Depuis lors ce spéculum a subi plusieurs perfectionnements au point de vue mécanique. [En 1863, en 1869 (par les fabricants d'instruments de chirurgie Krohne et Sesemann, à Londres), en 1878 (par le fabricant d'instruments de chirurgie Jakób Pik, à Varsovie)]. 1° Les écarteurs latéraux ont été munis d'une articulation dans leur extrémité postérieure pour permettre un mouvement plus libre dans la direction verticale, 2° Les vis à gouttière qui servaient à fixer les écarteurs latéraux sur la lame transversale ont été remplacées par un mécanisme plus simple et plus commode (voir fig. 19). 3° L'éperon de l'écarteur rectal a été muni d'une articulation permettant de le faire reculer au cas où la valve rectale serait inutile ou gênante. De même par une vis on peut donner à l'éperon une position plus ou moins inclinée. 4° On a ajouté dans la région lombaire une plaque ovale métallique sous forme de pelotte sur la surface inférieure de la poignée, afin d'éviter une pression désagréable sur l'épine dorsale. 5° L'extrémité postérieure de la poignée a été garnie d'un manchon

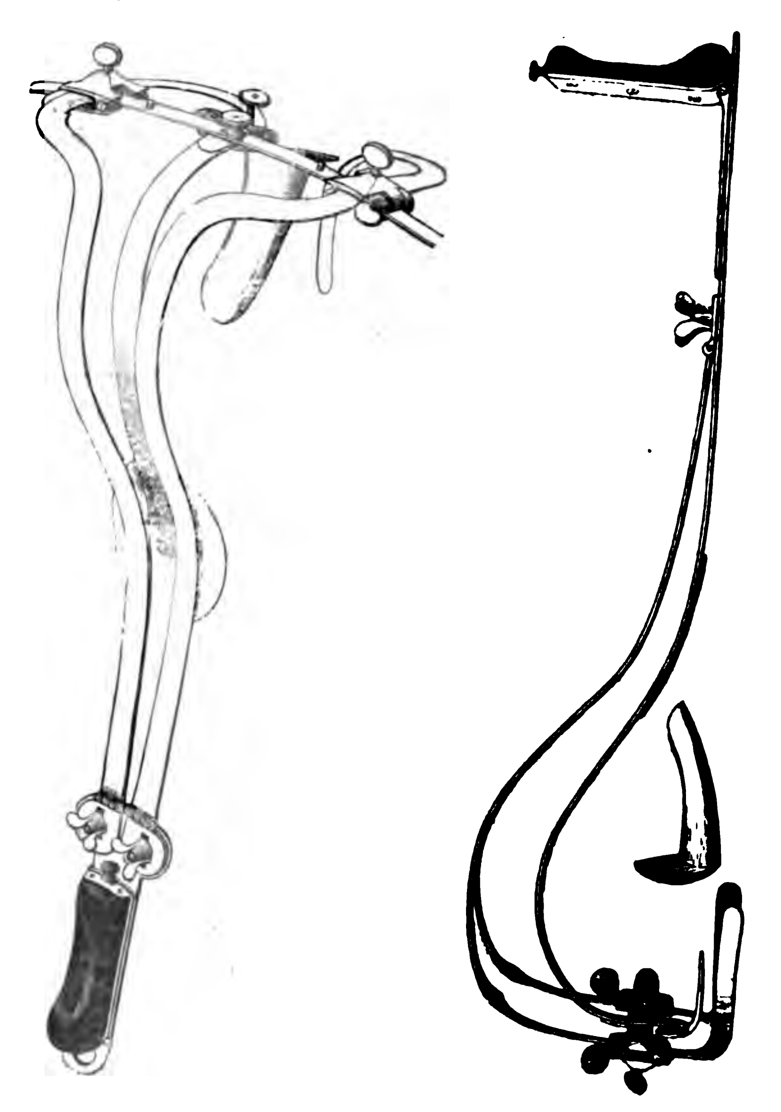


FIGURE 19. — *Dioptra trivalva vue par la surface supérieure.*

Le spéculum est ouvert, les branches sont écartées, la cuiller est montée sur l'éperon de l'écarteur médian (1/4 de grandeur naturelle).

FIGURE 20. — *Dioptra trivalva vue de côté.*

Le spéculum est fermé, la cuiller de la valve médiane démontée pour faire voir l'éperon de l'écarteur médian. Le manchon de la poignée est soulevé pour montrer l'articulation ; on aperçoit de même l'articulation de l'éperon de l'écarteur médian.

en bois articulé de façon à pouvoir lui donner la position verticale pour augmenter, par la dépression plus considérable de la poignée, le soulèvement de la paroi rectale. 6° Dans le dernier modèle (de 1878), exposé par M. Jakób Pik, de Varsovie, à l'Exposition universelle de Paris, les manches des écarteurs latéraux ne sont plus convergents en arrière, mais parallèles jusqu'au bout et maintenues à leur extrémité postérieure par une seconde lame transversale pareille à celle que l'on voit en avant.

Avant d'introduire le spéculum dans le vagin, je rapproche les trois dents pour ainsi dire du spéculum, ou plutôt les trois écarteurs, de facon à ce qu'ils se touchent, les vis desserrées.

Je fais prendre à la malade le décubitus génupectoral : elle repose sur les genoux et sur la poitrine, le visage tourné de côté et appuyé sur une joue. Les bras pendent, à moins que la malade ne veuille s'appuyer de temps en temps sur les bords de la table pour se faciliter le maintien prolongé de cette position.

A l'hôpital, mon père opère sur une chaise d'une construction spéciale, en ville nous nous servons d'une table quadrangulaire ordinaire, pas trop large. Les deux tiers postérieurs de la table sont couverts d'un matelas ordinaire ou d'un coussin et d'une toile cirée. La malade se met à genoux sur le bord libre, les jambes étendues en l'air, et place le tronc sur les coussins. On peut ajouter dans le cas d'une durée prolongée de l'opération deux planches en bois longues chacune de 150 centimètres, larges de 12 centimètres, épaisses de 2 centimètres, servant à soutenir les jambes; on les engage par leur partie postérieure sous le matelas, où elles sont maintenues par le poids du corps. Dans l'extrémité antérieure se trouve une fenêtre pour y faire passer la pointe du pied; à l'endroit où s'appuient les genoux se trouve une petite concavité qu'on aura soin de rembourrer. Pour ne pas gêner l'opérateur assis entre les jambes de la malade, il faut bien écarter ces deux planches et leur donner une direction un peu divergente.

La malade placée comme il faut, les reins baissés le plus possible, j'introduis d'abord la petite cuiller (fig.18) de la valve mé-

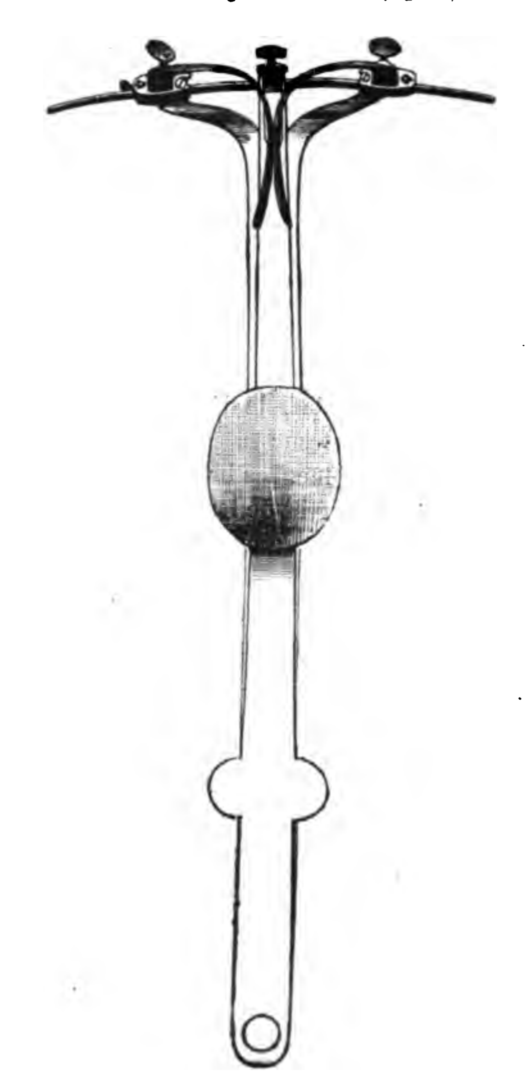


Figure 21. — *Dioptra bivalva vue par sa face inférieure.*
Le spéculum est fermé, les trois écarteurs sont rapprochés jusqu'au contact.
On aperçoit les trois vis sur la lame transversale et la pelotte lombaire.

diane dans le vagin. Je prends le spéculum préparé comme je l'ai dit et en le tenant presque verticalement, j'introduis d'abord les trois écarteurs dans le vagin tout en faisant glisser le bout libre de l'écarteur médian dans la gaine de la cuiller déjà introduite. Ceci fait, je baisse l'extrémité postérieure de l'appareil jusqu'à ce qu'elle s'appuie sur les reins. Par ce mouvement je soulève la paroi postérieure du vagin (le coccyx, en cas qu'il n'y ait pas de synostose sacro-coccygienne). Je fixe alors l'extrémité postérieure dans cette position par un bandage passant autour du sein (ou mieux par deux bandes, qui passent chacune autour de l'épaule d'un côté et l'aisselle de l'autre côté), ou je fais maintenir la poignée par une garde-

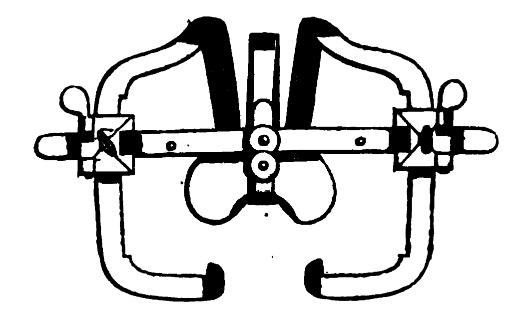


FIGURE 22. — *Vue de face de la partie antérieure de l'instrument.*
(Le spéculum est ouvert, les trois écarteurs sont écartés ad maximum.)

malade qui devra appuyer plus ou moins selon le besoin. Si la femme ne bouge pas, l'appareil se maintient de lui-même sans aucun bandage aussitôt que les branches seront écartées ad maximum. Mon père ne se sert du bandage que très rarement.

Voici le spéculum placé et le vagin écarté dans la direction verticale. Pour l'écarter dans la direction frontale on n'a qu'à écarter en bas, à droite et à gauche les écarteurs latéraux, que l'on fixe dans cette nouvelle position au moyen des vis qui se trouvent sur la lame transversale. De même on fixe par une vis l'éperon de l'écarteur médian, c'est-à-dire sa valve dans une position plus ou moins élevée selon le besoin.

Voici le vagin béant, la paroi antérieure, le museau de tanche et les parties voisines sont mis en plein jour de façon à

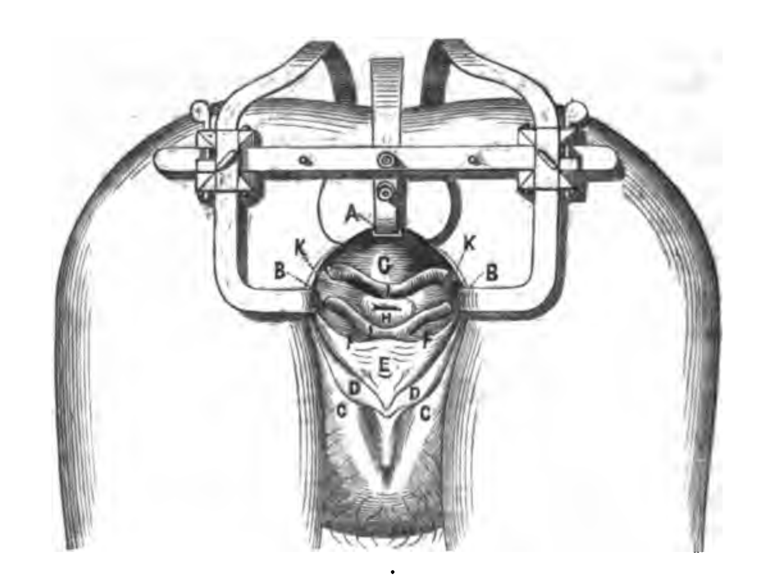


FIGURE 23. — *Aspect du vagin écarté à l'aide du spéculum.* (Ce dessin est emprunté à un mémoire sur l'élytrorrhaphie médiane.) (Voir l'index bibliographique, XXV, XXVI.)

A, la valve de l'écarteur médian ou vertical.

B B, les écarteurs latéraux.

H, le museau de tanche.

pouvoir toucher chaque point du doigt et de nos instruments. (Fig. 23.)

(*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE.

KYSTE DE L'OVAIRE. — ÉVACUATION PAR LA VESSIE. GUÉRISON.

Observation par le Dr de Lamallerée.
Ancien interne de l'Asile de Vincennes,
Membre de la Société médicale de Gannat (Allier).

Mme X..., âgée de 45 ans, porte les traces non douteuses de sa nature scrofuleuse; mariée, a eu un enfant, il y a 20 ans, couche normale, n'a pas eu de maladie grave, avant l'année 1880.

A dater de cette époque, les règles, quoique revenant régulièrement, sont devenues beaucoup plus abondantes, et même, à deux reprises en 1881, l'écoulement sanguin a persisté à peu près constamment d'une époque à l'autre.

En 1882, perte qui dura huit jours. A dater de cette époque, la malade ressentit une douleur sourde dans la région ovarienne droite, la pression l'exaspérait; à part cette douleur, tout était normal, l'état général était bon.

Août 1882. — Le ventre est plus gros qu'à l'état normal, appétit, sommeil, bons; légère constipation depuis quelques jours, urines normales.

Depuis cette époque, le ventre grossit régulièrement; Mme X... se crut enceinte, bien que les règles fussent revenues chacun des deux mois qui suivirent; un sentiment de pesanteur dans le bassin la confirmait dans cette idée, de même que des douleurs s'irradiant dans les membres inférieurs et une gène de la respiration peu intense, il est vrai, mais croissant de jour en jour.

Les règles revinrent le 3e et le 4e mois, et ainsi de suite, toujours fort régulièrement et sans douleurs. Pendant ce temps, le ventre grossissait toujours.

Enfin en janvier 1883, la malade, inquiétée par son état, me fit appeler.

A ma première visite, je constatai ce qui suit : Mme X... a beaucoup de difficulté à respirer, point de fièvre, sommeil assez bon, quelques cauchemars, quelques vertiges dans les mouvements brusques, appétit conservé. Jamais de vomissements, ni d'envie de vomir, légère

constipation, la marche devient fatigante, elle est gênée par le développement du ventre qui est très lourd, les selles sont rares, les urines sont normales, tant comme qualité que comme quantité.

Examen du ventre. — Le ventre présente une distension assez comparable à celle qu'il acquiert à la dernière période d'une grossesse, la paroi antérieure forme une saillie régulière, lisse; on ne voit pas de veine sous-cutanée qui soit distendue anormalement, l'aspect généra du ventre est ovoïde, piriforme, avec élargissement et soulèvement des régions costo-iliaques, la position de la malade n'influe en rien sur la forme de son ventre; cependant, dans la position assise, les muscles droits semblent s'écarter pour laisser passer un néoplasme, dont la partie la plus saillante serait sur la ligne médiane à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

Au palper. — Pas d'élévation de température. On sent une tumeur lisse, régulière, sans sillons ni bosselures, difficile à limiter exactement; sa consistance est uniforme dans toute l'étendue du ventre, ce dernier présente les caractères que l'on trouve dans les derniers jours de la grossesse. La tumeur est mobile, mais on ne peut lui faire opérer que de très faibles déplacements pendant lesquels la main appliquée à plat au-dessus du pubis perçoit une sorte de frémissement que je comparerai volontiers au frottement pleural.

En déprimant fortement, la tumeur semble élastique et produit la sensation que donnerait une vessie remplie d'eau.

La percussion. — Donne de la matité dans toute l'étendue du ventre; ayant fait prendre à la malade diverses positions, pour la percuter, je n'ai trouvé de la sonorité (presque tympanique) que dans la région lombaire droite; dans le décubitus dorsal, la région ombilicale est mate. En recherchant la fluctuation, une main étant placée sur l'un des côtés de la tumeur, et avec l'autre percutant très légèrement en un point diamétralement opposé, j'ai eu une sensation de choc très net, mais profond; ce signe était assez difficile à reconnaître, mais en répétant l'expérience, on le trouvait très caractérisé.

L'auscultation. — Ne révèle aucun souffle; seulement, au-dessus du pubis, dans une étendue de quatre à cinq travers de doigts et sur la ligne médiane, on trouve un bruit de frottement râpeux.

Le toucher vaginal. — Permet de constater un abaissement du col, sans déviation utérine; les culs-de-sac ne présentent rien de particulier; la tumeur n'est point mobile avec l'utérus, les mouvements im-

primés par le doigt explorateur ne se communiquent point à la tumeur. Le toucher rectal ne donne rien.

En présence de ces symptômes, je portai le diagnostic : kyste de l'ovaire droit, uniloculaire, renfermant un liquide aqueux.

Traitement. — Je proposai la ponction, qui fut rejetée bien loin par la malade et par son entourage; devant un refus aussi formel, je conseillai des drastiques : eau-de-vie allemande, 30 gr., deux fois par semaine; des boissons diurétiques, chiendent nitré, orge nitré, et un traitement tonique, tout en prévenant la malade et sa famille, que ce traitement, tout rationnel qu'il était, n'était que palliatif et ne présentait aucune garantie pour l'avenir.

Ce traitement fut suivi régulièrement pendant deux mois, j'y fis ajouter des frictions avec :

Teinture de scille...................... } āā parties égales.
Teinture de digitale.................... }

du vin diurétique amer de la Charité, 3 cuillerées à bouche par jour, sans obtenir la moindre amélioration.

Cet état persista, ou, pour être plus exact, le développement du ventre faisait tous les jours des progrès, peu sensibles il est vrai, mais cependant évidents pour moi qui ne voyais la malade que rarement.

Enfin, au mois de juin 1883 (dans les premiers jours), devant l'inefficacité notoire de mon traitement et le refus absolu de toute intervention chirurgicale, l'état général de la malade étant très aggravé : vertiges fréquents, insomnies, lipothymies, inappétence, constipation opiniâtre, facies ovarique typique, traits tirés, teinte gris jaune, léger mouvement fébrile avec exacerbation vespérale; la tumeur étant toujours indolente, la marche occasionnant des tiraillements tellement violents que la malade renonçait à se promener, la dyspnée étant toujours croissante; en présence de ces graves symptômes, dis-je, je résolus d'essayer le traitement suivant, que j'ai déjà vu employer avec succès par plusieurs personnes, qu'il ne m'a pas été donné de suivre suffisamment pour que je puisse aujourd'hui grouper plusieurs cas semblables.

Régime tonique, reconstituant.

Trois frictions par jour sur tout l'abdomen, avec la pommade suivante :

Axonge........................	100	grammes.
Camphre du Japon..............	15	—
Goudron.......................	30	—
Acétate de zinc...............	2	gr. 50

(Préparation d'Alfred Chapel, chimiste).

Pour maintenir la pommade, une feuille de baudruche et un bandage de corps.

Chaque matin, deux cuillerées à bouche de la solution suivante, dans un demi-verre de lait :

Sulfate de soude..................	15	grammes.
Sulfate de magnésie.............	15	—
Bicarbonate de soude............	4	—
Eau de fontaine..................	250	—

(Faire dissoudre à chaud).

(Préparation d'Alfred Chapel, chimiste. Dépuratif doux).

La fièvre tomba après trois jours de ce traitement, de même que la constipation devint moins forte.

Après dix jours, abondante éruption sur l'abdomen de pustules ressemblant assez à des furoncles de volume variable, les plus gros sont comme des noix ; au centre se trouve un bourbillon blanc, quelquefois nacré. Ces pustules suppurent abondamment et provoquent une cuisson très violente que des compresses d'eau de sureau tiède arrivent à calmer, aidées d'embrocations avec la pommade suivante :

Axonge.........................	100	grammes.
Camphre du Japon..............	5	—
Térébenthine de Bordeaux.......	10	—

(Préparation d'Alfred Chapel, chimiste).

Ce traitement est continué quatre mois, jusqu'aux premiers jours d'octobre ; pendant ce temps, la tumeur ne diminuait pas franchement ; cependant il y avait des variations dans sa consistance, surtout pendant les deux derniers mois ; à certains moments, la malade voyait diminuer son ventre, mais le lendemain il était plus gros que la veille ; cette fluctuation fut de plus en plus manifeste, durant le mois de septembre et les premiers jours d'octobre, époque à laquelle le ventre est surdistendu, et les fausses côtes sont refoulées en haut et en dehors, la tumeur est toujours indolente ; constipation opiniâtre, fréquentes envies d'uriner, quelques vomituritions alimentaires, inappétence complète, lipothymies, état de malaise indéfinissable, dyspnée des plus in-

tenses, la malade ne peut plus rester couchée, elle étouffe, le pouls est petit, filiforme, très fréquent, il bat 140 à la minute, la malade est dans un état voisin du coma.

Enfin, le 12 octobre, survient subitement, sans la moindre douleur et sans frisson, une abondante émission d'urine, environ un litre; la malade affirme que cette urine était claire, légèrement verdâtre, non filante, ne moussant pas et sans odeur spéciale, la malade n'éprouvait aucune cuisson, ni pendant ni après son émission ; moins d'une heure après, même émission de la même urine, en deux fois la malade avait rempli son vase qui contient deux litres. Ces émissions d'urine se reproduisirent de 15 à 20 fois dans les vingt-quatre heures et ce, pendant dix jours, chaque fois à peu près la même quantité.

Le onzième jour, 23 octobre, la malade urinait normalement trois fois par jour, cette rémission survint aussi brusquement que s'était produit le flux anormal.

L'urine que je me suis fait présenter avait l'aspect du liquide séreux que l'on rencontre dans une ascite, elle ne contenait ni sucre ni albumine, ne présentait aucune réaction chimique, elle était neutre ; examinée au microscope on y rencontrait en plus des éléments de l'urine des cellules allongées peu nombreuses remplies de granulations, et en dehors de ces cellules, on remarquait, nageant dans le liquide des granulations libres de mêmes dimensions que celles des cellules.

Jusqu'au septième jour, 19 octobre, la malade n'avait pas remarqué de changement dans l'état de son ventre, mais cette diurèse abondante l'inquiétant, elle me fit prévenir et le 20 octobre je la vis.

Je constatai une diminution notable du volume du ventre qui était devenu mou, la peau était ridée comme après un accouchement, la malade, depuis le matin, sentait son ventre diminuer de volume au fur et à mesure qu'elle urinait; la respiration redevenait libre et la marche possible, le pouls est normal, les selles régulières, l'appétit reprend.

Je revis Mme X..., les jours suivants, la diminution du ventre continua jusqu'au dixième jour 23 octobre, jour où cessa la diurèse anormale.

Depuis ce jour, on retrouve encore dans le bassin et à droite une tumeur grosse comme les deux poings, tumeur molle, indolente, facilement mobile, mate à la percussion; la sonorité est revenue dans tout le ventre sauf dans la région ovarienne droite, celle de la tumeur.

Le ventre est revenu sur lui-même, son volume est encore plus

grand que normalement, mais la malade n'en est point du tout incommodée; elle a repris son travail; elle marche, elle saute sans la moindre difficulté.

J'ai revu ma malade plusieurs fois depuis, entre autres, huit jours après sa *délivrance*, je l'ai rencontrée à 5 kilomètres de chez elle rapportant sur ses épaules un faix de bois qu'elle avait ramassé elle-même dans la forêt.

Un mois et demi plus tard, 10 décembre, l'état, tant général que local, est des plus satisfaisants, la tumeur qui reste ne croît pas, tout au contraire, elle a légèrement diminué de volume, elle est plus consistante que les premiers jours; les signes de cachexie ovarienne ont disparu, l'appétit et le sommeil sont revenus, les fonctions digestives et urinaires ont toujours été parfaitement normales, les règles sont venues sans la moindre douleur.

En tout état de cause, je fais continuer la pommade au goudron et les dépuratifs.

10 janvier 1884. Il n'y a pas eu jusqu'à ce jour le moindre symptôme inflammatoire, soit du côté du péritoine, soit du côté de la vessie, ni quoi que ce soit qui puisse faire craindre l'infiltration urineuse. Le ventre continue à diminuer, la tumeur qui persiste toujours revient sur elle-même; elle est actuellement grosse comme un œuf d'oie, elle a acquis beaucoup de consistance; état général excellent, les forces sont parfaitement revenues.

Le 12 février. La tumeur ne se retrouve plus. Santé parfaite.

Réflexions. — Il y a donc eu là un de ces cas rares de kyste uniloculaire de l'ovaire, le diagnostic me semble surabondamment prouvé, dont le contenu s'est évacué par la vessie: mais le fait qui me semble le plus remarquable, c'est l'absence de douleur au moment de la rupture de la poche kystique et l'absence de tout phénomène inflammatoire à la suite de cette rupture.

La perforation a dû se faire lentement au niveau où j'avais reconnu un frottement que je compare au frottement pleural, des adhérences se sont produites à ce point et ont créé une sorte de canal destiné à l'évacuation du liquide kystique l'ouverture a dû être très petite, vu la lenteur de l'écoulement du liquide.

Le kyste a dû sécréter à nouveau du liquide, jusqu'à l'oblitération de l'ouverture, ce qui a donné cette énorme quantité de liquide évacué, cette néosécrétion se sera calmée progressivement. Lorsque le kyste a été totalement vidé, l'ouverture s'est fermée et, sous l'influence de l'ictus produit par l'évacuation du liquide, la face interne de la poche a pris une vitalité anormale qui a amené son accolement, d'abord, et ensuite sa résorption lente et progressive, que l'on peut vraisemblablement attribuer à des brides cicatricielles, qui, devenant plus solides, se rétractent et font diminuer le volume de la tumeur.

De ces considérations il ressort pour moi que si le traitement suivi par la malade qui fait le sujet de cette observation n'a pas eu une influence indiscutable sur la marche de la maladie, son action sur la terminaison ne saurait être mise en doute. A quoi en effet attribuer l'absence de tout phénomène fâcheux lors de l'évacuation du liquide ?

Le défaut de tout phénomène inflammatoire est-il uniquement dû à la révulsion produite sur la peau ?

L'absence d'infiltration urineuse ne doit-elle être attribuée qu'à l'absorption du camphre et du goudron que contient la pommade ?

Je crois plus rationnel d'admettre une action modificatrice plus générale de la médication sur l'organisme, action que je ne peux encore expliquer, mais qui, je l'espère, ressortira quand un nombre suffisant d'observations permettra d'être plus affirmatif.

REVUE DE LA PRESSE

DYSMÉNORRHÉE OVARIENNE REBELLE. — OOPHORECTOMIE. — REMARQUES SUR L'UTILITÉ DE CETTE OPÉRATION.

Par le Dr E. Hermance, de Yonkers (États-Unis).

« Mlle Matilda B..., vierge, âgée de 23 ans, née aux États-Unis, n'a jamais été malade dans son enfance. Elle fut réglée

à l'âge de 12 ans, et, autant qu'elle peut s'en souvenir, ses règles se montrèrent régulièrement pendant une année, quand elle commença à avoir de la dysménorrhée. A la même époque son père tomba subitement malade, et ce fut elle qui alla chercher le médecin qui habitait à environ un mille (1609 mètres) de là. Elle fit tout le chemin en courant, et, en montant l'escalier du médecin, elle fut prise d'une violente douleur dans le côté gauche, et elle ressentit, dit-elle, « comme si « quelque chose se brisait dans son côté. » La douleur occupait la région iliaque gauche. Cette douleur a toujours persisté depuis dix ans. Au moment de cet accident elle avait ses règles depuis environ huit jours, et elles durèrent encore une semaine après. Ce fut sa première crise de dysménorrhée, et, à partir de ce moment, chaque époque menstruelle fut accompagnée de douleurs intenses.

« Les souffrances devinrent telles, qu'au bout de deux années elle consulta un médecin, et depuis elle a constamment suivi le traitement prescrit par celui-ci. Le 21 juin 1880, elle vint me consulter, et depuis cette époque j'ai toujours continué à la traiter. Lors de ma première consultation, la malade présentait les symptômes suivants : dysménorrhée, leucorrhée, dysurie, anorexie, anémie et une dyspepsie très marquée ; toux réflexe paroxystique, névralgie faciale et pelvienne, douleurs dorsales, et dans le côté, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

« Tous ces symptômes éveillèrent en moi l'idée d'une affection ovarique ; mais la malade était vierge, était à ce moment âgée de 20 ans et refusait de se laisser examiner l'utérus. Je me bornai donc à la surveiller de très près, et je tentai de relever sa constitution par un traitement approprié. Je la soumis donc aux ferrugineux et je lui prescrivis des injections vaginales. Ce traitement fut rigoureusement suivi pendant trois mois. Pendant ce laps de temps je fus à même d'observer trois fois les fonctions menstruelles, et ceci ne fit que me confirmer dans l'opinion que j'avais, qu'il devait y avoir un obstacle local ; j'insistai pour pratiquer l'examen de l'utérus

et après avoir exposé aux parents les raisons pour lesquelles je tenais à pratiquer cet examen, ils finirent par consentir et, dans le courant du mois de semptembre 1880, le Dr P.-E. Beckwith et moi nous examinâmes avec soin la malade. Nous reconnûmes un rétrécissement de l'orifice interne du col. Nous ne pûmes, qu'avec de grandes difficultés, introduire le plus petit cathéter utérin ; il y avait en outre une légère rétroflexion et de l'endométrite cervicale chronique. Ces symptômes, joints à ceux énumérés plus haut, complètent l'historique de la maladie à cette époque.

« Le Dr Beckwith conseilla un traitement externe ; et à partir de ce moment je fis, deux fois par semaine, sur le col, des applications locales d'iode, de nitrate d'argent, etc. ; je continuai en même temps le traitement interne pendant plusieurs mois et je fis porter un pessaire pour combattre la rétroflexion. Malgré tout, aucune amélioration ne se produisit ; au contraire, les symptômes de la dysménorrhée accrurent d'intensité ; en sorte que la malade menait une existence des plus tristes. Cet état de choses dura une année. Je songeai alors que la dysménorrhée pouvait tenir à l'obstruction causée par le rétrécissement de l'orifice interne du col et je priai le Dr Benedickt de venir voir la malade avec moi. La consultation eut lieu en octobre 1881, et nous décidâmes de pratiquer l'hystérotomie. L'opération fut faite, mais elle fut suivie de douleurs très vives, sans obtenir d'amélioration. N'ayant pas été satisfait du résultat, j'appelai en consultation le Dr W.-M. Chamberlain, qui fut de mon avis et dit qu'il y avait indication formelle à faire disparaître le rétrécissement. Sur ma demande il pratiqua l'hystérotomie, fit une dilatation complète et plaça dans le col une baguette de verre qu'on laissa à demeure pendant quatorze jours. Durant ce laps de temps, les douleurs furent extrêmement intenses et la malade ne put être soulagée que par de fortes doses de morphine. Cette opération fut aussi infructueuse que la première ; bien plus, l'examen des parties fit constater un état de contracture extrêmement marquée. Le Dr Chamberlain vit de nouveau la ma-

lade avec moi et pratiqua la section dans toute l'étendue du col. Nous plaçâmes encore une baguette de verre dans l'orifice et, afin de doubler les chances de guérison nous laissâmes cette baguette à demeure pendant plus d'un mois. L'opération réussit parfaitement et, comme résultat, nous eûmes une cavité du col largement dilatée et nous avions la possibilité de voir si, la dysménorrhée continuant, celle-ci ne tenait pas à l'ovaire plutôt qu'à l'étroitesse de l'orifice interne. La dysménorrhée continua et s'aggrava.

« Je suspendis alors tout traitement et toute opération; j'abandonnai la médication dirigée contre l'utérus et j'essayai les antispasmodiques : chanvre indien, jusquiame, aconit, noix vomique, belladone, croton, chloral et tous les médicaments habituellement dirigés contre les névralgies. Je fis en outre appliquer des suppositoires de belladone, opium et iodoforme mélangés; tout cela sans résultats.

« L'état de la malade empirait; elle était à ce moment dans une triste condition, pâle, émaciée, anémiée, elle gardait le lit trois semaines sur quatre, elle présentait du morphinisme; on peut à peine se figurer l'état dans lequel elle était. Les douleurs étaient, par moments, si intenses, qu'elle disait souvent préférer la mort à une pareille existence.

« J'avais épuisé toutes les ressources de l'art; je lui dis alors qu'il n'y avait réellement qu'un seul moyen qui pouvait nous faire espérer de la sauver, c'était de pratiquer l'oophorectomie. J'avais longtemps réfléchi sur cette question et j'étais persuadé que la malade ne pouvait pas vivre dans l'état où elle était; et qu'il valait mieux pour elle ne plus avoir d'ovaires et ne pas souffrir que d'avoir ses ovaires et continuer à éprouver les douleurs qu'elle ressentait.

« Le 7 novembre 1883, la malade entra à l'Hôpital des Femmes, dans le service du Dr Thomas. Celui-ci me demanda d'assister à l'examen de la malade qui eut lieu le 21 novembre. Après avoir examiné la malade, nous eûmes une consultation dans laquelle l'oophorectomie fut décidée. On transporta la malade dans un pavillon séparé et, le 1er décembre

1883, le Dr Thomas, assisté du Dr Wood, pratiqua l'opération. Les suites de l'opération donnèrent lieu à de sérieuses inquiétudes. On dut donner de fortes doses de morphine ; et, une fois, la température atteignit un degré si élevé que l'on fut obligé d'avoir recours au sac de glace. L'amélioration se fit, car huit jours après l'opération, la température était :

7 décembre,	m.	s. 38,7.	(101 4/5 Fahr.).
8	—	m. 37,9	s. 37,7.	
9	—	m. 37,4	s. 37,8.	
10	—	m. 37,4	s. 37,6.	

« La santé revint et la malade retourna à Yonkers le 30 décembre 1883. Je lui donnai de nouveau mes soins. Le troisième jour après l'opération elle eut une hémorrhagie utérine qu'on fut obligé d'arrêter.

« Le 9 janvier, époque habituelle de ses règles, elle vit reparaître le sang pendant une heure environ, puis cela cessa. Le 9 février pareil fait se reproduisit; mais depuis elle n'a rien vu. Depuis trois mois et demi que l'opération a été pratiquée, la malade se trouve assez bien. Elle ressent, il est vrai, quelques douleurs, mais elle n'éprouve plus de ces souffrances internes paroxystiques. Elle a, comme auparavant du prolapsus utérin, dû à la faiblesse et à l'anémie, mais j'espère que les résultats de l'opération seront satisfaisants.

« Maintenant, on est en droit de se demander : l'opération était-elle permise? j'affirme qu'elle l'était ; et si vous n'êtes pas de mon avis, vous énoncez, je crois, une proposition absurde ; car vous donnez à entendre que les tourments, et les véritables tortures qu'endurait la malade et qui auraient fini par entraîner sa mort, étaient préférables à la santé et à une existence que l'absence des ovaires peut rendre très agréable.

« Il me faut, à présent, pour ne rien omettre, faire quelques réflexions sur l'opération. Le but de cette opération est, ainsi que l'a établi le Dr Battey qui l'a pratiquée le premier, de provoquer artificiellement la ménopause. Le Dr Battey, dans un mémoire lu devant le Congrès international de médecine en 1881, dit que l'idée première de cette opération re-

monte à 1823, et appartient à James Blundell, de Londres; le Dr Battey eut lui-même, en octobre 1865, l'idée de produire artificiellement la ménopause. Le 27 juillet 1872, Hegar pratiqua l'opération, et le 1er août Lawson Tait l'exécuta à Birmingham.

« Les indications de cette opération peuvent se résumer ainsi : L'oophorectomie provoque une modification physiologique dans l'existence pour une affection grave, incurable sans l'opération, curable grâce à celle-ci, ou, en d'autres termes, lorsqu'un cas se présente à nous, il faut se poser ces trois questions : « Ce cas est-il grave? Est-il incurable par les « différentes ressources de l'art, excepté en provoquant une « modification physiologique de l'existence? Est-il curable si « on provoque cette modification physiologique ? »

« Le Dr Battey continue en disant que l'opération en elle-même ouvre la porte à toutes sortes d'abus. Mais si nous devons repousser ce préjugé enraciné, qui consiste à offrir en holocauste, sur l'autel de cette prétendue sainteté accordée aux organes sexuels de la femme, toute une existence de souffrances indescriptibles, et même l'existence de la femme, nous ne devons pas oublier non plus que la profession médicale a, en quelque sorte, la garde de la morale publique, et que nous sommes tenus d'observer la décence et le respect de soi-même ; cette opération ne peut donc, dans aucun cas, être considérée comme opération de choix parmi d'autres moyens thérapeutiques, mais on ne doit l'employer, comme je l'ai dit plus haut, qu'en dernier ressort.

« Voici maintenant les résultats immédiats de l'opération : d'abord la mortalité. Dans les cas que l'on a recueillis, la moyenne a été de 22 p. 100 pour l'opération complète et de 9 1/2 p. 100 pour l'opération incomplète.

« En second lieu : la ménopause. Il est parfaitement reconnu que dans des cas exceptionnels les règles ont reparu. Dans le cas de Battey, quelque petits que furent les fragments d'ovaire que l'on fut obligé de laisser dans la cavité abdomi-

nale, les règles continuèrent invariablement; on vit même naître un enfant.

« Les formes de la femme conservent leur intégrité, et même elles semblent augmenter. Il est peu loyal et prématuré de considérer comme insuccès un cas qui n'aurait pas encore le temps voulu pour permettre le changement complet de l'existence physiologique de la malade.

« La différence entre l'opération de Battey et celle de Tait consiste en ce que Battey enlève les ovaires et Tait les ovaires et les trompes de Fallope.

« Parlant de cette opération, Lawson Tait dit : « le point « capital de ce procédé opératoire consiste dans l'ablation « complète des trompes de Fallope aussi bien que celle des « ovaires. » (*The medical Record, de New-York*, avril 19, 1884, p. 430.)

Traduit par A. RIZAT.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Séance du 27 février.

M. TERRILLON présente la pièce d'une malade atteinte de **kyste de l'ovaire**, qu'il était prêt à opérer, lorsque la malade mourut d'une maladie intercurrente.

Il rappelle à ce propos sa communication du 27 juin 1883 sur les kystes ordinaires de l'ovaire qui s'infiltrent entre les deux feuillets du ligament large et prennent avec les organes voisins des connexions plus ou moins intimes, d'où des indications opératoires spéciales. Dans un mémoire récemment paru dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (1884), il a rapporté plusieurs faits de ce genre et indiqué les dangers opératoires auxquels ils exposaient.

Dans le cas actuel, il s'agit du kyste de l'ovaire contenant avant la ponction plus de trois litres de liquide brun caractéristique, des kystes ovariques multiloculaires. L'utérus, légèrement entraîné en haut, semblait assez adhérent à la tumeur. Les conditions opéra-

toires ne semblaient pas particulièrement fâcheuses et l'opération aurait été faite s'il n'était survenu brusquement des accidents cérébraux avec hémiplégie et coma, qui entraînèrent en quelques jours la mort de la malade.

Le kyste contenait encore plus d'un litre de liquide, il avait été ponctionné quatre jours auparavant. Il était situé à gauche, en partie libre dans la cavité péritonéale à sa partie supérieure, mais les feuillets de la séreuse se réfléchissant sur les côtés, et surtout au niveau du détroit supérieur, indiquaient bien qu'une grande partie de la tumeur avait dédoublé les feuillets du ligament large et s'était développée dans son épaisseur.

En disséquant la tumeur, on la trouva très adhérente au péritoine, au bord de l'utérus, et surtout confondue pour ainsi dire avec la paroi de l'uretère correspondant. Ce dernier, conprimé et aplati par la tumeur sur une grande étendue, est dilaté vers sa partie supérieure, et il existait un commencement d'hydronéphrose.

Par le simple aspect de cette pièce, on voit que l'opération complète aurait été rendue impossible par les adhérences contractées avec l'utérus et avec l'uretère, et même si on avait pu commencer la décortication, on aurait été obligé de s'arrêter, car l'uretère eût été infailliblement coupé, ce qui est arrivé plusieurs fois du reste dans des cas semblables.

M. Pozzi dit que, dans des cas semblables, on a lié l'uretère en même temps que le pédicule. Il en est résulté une fistule urétéro-cutanée. L'hydronéphrose doit être prévue lorsque la tumeur est contenue dans le bassin, et cette éventualité doit engager le chirurgien à une intervention hâtive.

M. Monod dit que cette compression peut être prévue lorsque après l'évacuation d'un kyste la malade rend subitement une grande quantité d'urine (diabète urinaire).

Séance du 5 mars.

Ovario-hystérectomie chez une hystérique atteinte de kyste ovarique et de corps fibreux utérins. — Guérison des accidents nerveux, par M. Pozzi. — L'influence des réflexes d'origine utéro-ovarienne sur l'hystérie est généralement admise ; mais le siège de cette influence est contesté.

Les uns lui font jouer un rôle primordial, fidèles ainsi à l'idée ancienne qui a imposé son nom à la maladie. De là l'extension qu'a

prise à l'étranger l'ablation des ovaires, qu'ils fussent altérés ou sains, la castration ou ovariotomie normale (opération de Hégar, de Battey) pour la guérison de l'hystérie avec détermination ovarienne.

D'autres auteurs, au contraire, refusent à l'appareil utéro-ovarien le rôle de point de départ de l'hystérie ; ils admettent bien qu'il y a des névralgies viscérales localisées dans cet appareil, chez les hystériques, mais celles-ci sont tout à fait indépendantes de l'état des organes. Par suite, il ne serait pas plus légitime de pratiquer l'ablation des ovaires, en vue de guérir ces accidents nerveux, qu'il ne le serait de faire l'extraction d'une dent pour une névralgie faciale idiopathique, ou l'amputation de la jambe pour une sciatique.

Le fait dont il s'agit ne se rapporte qu'immédiatement à la question de la castration. Un seul ovaire a été enlevé ; il était atteint de dégénérescence kystique, et on a extirpé en même temps un assez gros corps fibreux sous-péritonéal.

Quoi qu'il en soit, la disparition rapide et complète, après l'opération des accidents nerveux graves, datant de longues années, montre bien toute l'influence des réflexes utéro-ovariens, sinon dans leur origine première, du moins dans leur continuation : les troubles morbides s'ajoutent alors aux autres indications opératoires qui commandent la prompte action du chirurgien.

Il s'agissait d'une femme de 45 ans, réglée à 19 ans, toujours régulièrement, et qui, mariée deux fois, n'a jamais eu d'enfant.

Le début de la tumeur remontait à 1873 et avait occasionné à neuf reprises le séjour à l'hôpital de Versailles. Visage coloré, vaisseaux capillaires du nez et des joues variqueux. Le ventre mesurait 102 centimètres de circonférence. Des douleurs et des métrorrhagies ont marqué le développement de la tumeur. Suppression des règles il y a dix mois, et, à dater de cette époque, aggravation des phénomènes morbides et surtout des douleurs qui, très intenses du côté gauche, s'irradient dans toute la jambe du même côté. Maux de tête presque continuels avec exacerbations. De temps en temps, éblouissements avec faiblesse générale et chute, sans perte de connaissance. Perte de la vue presque complète du côté gauche, exophthalmie, anesthésie complète du même côté. Rétention d'urine nécessitant le cathétérisme, deux fois par jour pendant cinq ans, aujourd'hui disparue. Selles difficiles, matières comme passées à la filière.

Depuis quatre ans, rêves pénibles, vision d'animaux dangereux ; sensations voluptueuses du sens génital, qui produisent un ébran-

lement considérable du sens génital, et qui sont suivies de l'issue par le vagin d'un liquide abondant et filant. Si à ce moment elle ne se réveille pas, ces mêmes phénomènes peuvent se reproduire jusqu'à deux et trois fois de suite. Aussitôt après, elle est prise d'un tremblement général qui dure quelques minutes et auquel font suite une lassitude extrême et des douleurs de tête très violentes. Quelquefois, mais rarement, elle rêve qu'elle a des rapports sexuels avec un homme, et les mêmes phénomènes se reproduisent.

Ces accidents ont été en augmentant de fréquence, jusqu'à se reproduire quatre ou cinq fois par nuit. La malade est obligée de garder constamment le lit.

Le ventre est plus volumineux à gauche qu'à droite. On sent par le palper une tumeur dure, arrondie, légèrement irrégulière, du volume de la tête d'un adulte, s'enfonçant dans le petit bassin et faisant corps avec l'utérus. Cette tumeur est douloureuse au palper, qui détermine des nausées. Le col est légèrement ramolli et abaissé, les mouvements qu'on imprime à l'utérus sont communiqués à la tumeur.

Métrorrhagie entre l'entrée à l'hôpital et l'opération, qui a lieu le 30 mai. L'incision abdominale de 15 centimètres environ permet d'arriver d'abord sur une tumeur fluctuante, qui est ponctionnée et donne issue à un litre de liquide de coloration jaunâtre. Le pédicule est formé et étreint dans une double ligature. Outre cette poche, il existe sur l'utérus un corps fibreux du volume d'une grosse orange, à pédicule très court, dont la surface peut être évaluée à celle d'une pièce de deux francs. Hémorrhagie assez difficile à arrêter, malgré le thermocautère.

L'ovaire droit paraît sain, et on ne juge pas à propos de l'enlever. Double suture, profonde et superficielle. Les suites de l'opération furent relativement simples.

La *parésie* avec *anesthésie du côté gauche* a disparu deux jours après l'opération ; la sensibilité et la force sont revenues comme précédemment avant le début de la maladie. En outre l'exophthalmie a beaucoup diminué et elle a fini par disparaître.

Il y a maintenant neuf mois que l'opération a eu lieu. La malade a repris sa santé et sa vie active. Les phénomènes nerveux n'ont plus reparu.

M. Terrier rapporte un cas absolument opposé à celui de M. Pozzi. Une jeune opérée il y a quinze jours d'un kyste de l'ovaire, et qui

n'avait jamais eu aucun accident nerveux, a présenté immédiatement après l'opération, une série de crises hystériques subintrantes qui ont donné de sérieuses inquiétudes. Ces crises ont diminué à l'heure actuelle; disparaîtront-elles complètement après la guérison? Ce qu'il y a de certain, c'est que c'est justement l'ablation de l'ovaire qui les a provoquées.

Il est vrai que, comme dans le cas de M. Pozzi, le second ovaire a été conservé, et on peut accuser celui-ci d'être l'origine des faits observés.

A côté de ces faits, qui n'ont rien de démonstratif, il en est d'autres qui paraissent tellement favorables à l'opération, qu'il n'hésite pas à la considérer comme parfaitement indiquée dans certains cas. Tels sont ceux où les douleurs, les crises hystériformes ont atteint une intensité telle que la vie de la malade en est devenue impossible.

M. Reclus a enlevé, il y a deux mois, pour un double kyste ovarique, les deux ovaires d'une femme sujette à des crises d'hystérie. Pendant la cicatrisation de la plaie, cette malade eut des crises hystériques extrêmement fortes; mais celles-ci parurent s'amender trois semaines après la guérison, et la malade put quitter l'hôpital considérablement améliorée.

M. Gillette accepterait difficilement l'opération de Battey.

M. Terrier dit que telle opération, qui a pu paraître déraisonnable à un moment donné, est entrée plus tard dans la pratique courante. Dans l'état actuel de la science, il est difficile de porter un jugement sur cette opération, qui peut rendre service dans certains cas de métrorrhagies rebelles. Ainsi M. Duplay l'a faite dans ces conditions, et la malade s'en est bien trouvée. Lui-même l'a proposée dans un cas analogue.

M. Polaillon croit aussi que l'opération de Battey est parfaitement indiquée dans certains cas. Il l'a proposée dans un cas de névralgie très intense et très rebelle de l'ovaire.

M. Pozzi regrette qu'une opération devenue classique à l'étranger n'ait jamais été sérieusement indiquée en France. A côté des troubles nerveux graves, la dysménorrhée, les métrorrhagies liées à des corps fibreux inopérables, fournissent des indications très nettes. Dans le dernier congrès des médecins allemands, tenu à Fribourg, Weedow a présenté un mémoire sur la *Castration pour fibromes* basé sur l'analyse de 66 cas, avec 12 morts seulement, soit 19 0/0; Lawson Tait,

lui seul, a fourni 26 cas avec 5 morts; Hégar, 21 cas avec 3 morts Freund, P. Muller ont aussi apporté à ce congrès les résultats satisfaisants de leur pratique. Il ne s'agit donc pas d'une opération condamnée, tant s'en faut.

Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour porter un jugement définitif. Mais l'exacerbation des troubles nerveux après l'opération peut s'expliquer d'une façon satisfaisante par le retentissement général d'une grande opération, avant que l'ablation des ovaires ait eu le temps d'agir pour les éteindre. Il pense que l'opération de Battey peut être excellente dans certains cas déterminés. (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, mars 1884.) R. CHENET.

VARIÉTÉS

— La sonde intra-utérine du Dr Pajot n'ayant pas été dessinée à temps ne sera publiée que dans le numéro prochain.

École pratique. — *Électrothérapie.* — M. le Dr APOSTOLI commencera ses leçons, le mercredi 7 mai, amphithéâtre n° 3, à 3 heures, pour les continuer les mercredis suivants, à la même heure.

Maladies des femmes. — *Clinique de la rue du Jour*, 19, *aux Halles*. — M. le Dr APOSTOLI commencera ses conférences cliniques de *gynécologie*, avec exercices pratiques, le samedi, 10 mai, à 3 heures, pour les continuer les samedis suivants, à la même heure.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

De la conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne (mode des fesses), par le Dr Adolphe OLIVIER, ex-interne des hôpitaux de Paris. — Delahaye, éditeur. Paris, 1883.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur. 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

MANDRIN-TRACHÉOTOME ET TRACHÉOTOME A MANCHE DILATATEUR CONDUCTEUR

Vivisections opérées à la clinique du professeur Duplouy (de Rochefort-sur-Mer),

Par le Dr Phelippeaux, de Saint-Savinien (Charente-Inférieure).

I.

PROCÉDÉS DE TRACHÉOTOMIE.

L'obstacle qui semble toujours s'opposer à la généralisation d'une opération aussi utile que la trachéotomie, est la crainte que son exécution ne s'accompagne de difficultés souvent insurmontables. Aussi a-t-on cherché, de tout temps, des procédés qui pussent la simplifier beaucoup. (Lucas-Championnière. In journal de mars, p. 102, 1877.

C'est à cause de leur facilité et simplicité relatives que les procédés de trachéotomie *supérieure*, plus connus sous les noms de :

A. — Crico-trachéotomie (Boyer, Blandin, Rippoll (de Toulouse, 1854), de Saint-Germain, Dubar, Boissier, Bouchut, Labric, Jacolot...);

B. — Trachéotomie classique, ou juxta-cricoïdienne (Bourdillat, Archambault, J. Simon, Bergeron, Sanné, Moizard...) ont été vulgarisés;

La trachéotomie *inférieure* (Bretonneau, Trousseau, Guersant...) ayant été justement abandonnée « comme la plus « difficile pour le chirurgien et la plus dangereuse pour le « malade » (Archambault).

Pour faire la trachéotomie *supérieure*, nous avons imaginé les instruments appelés *mandrin-trachéotome* et *trachéotome à manche dilatateur-conducteur* :

Le premier convenant surtout aux médecins peu disposés à se servir du bistouri pour les trachéotomies d'une urgence *immédiate ;*

Le second étant destiné plutôt à ceux qui *choisissent* cet instrument ;

L'un et l'autre pouvant être utilisés, bien entendu, pour exécuter soit l'opération *dite de Saint-Germain*, soit la trachéotomie *classique* (1).

Nous croyons, cependant, que le *mandrin-trachéotome* devra être employé, de préférence, pour la *crico-trachéotomie*, et voici pourquoi :

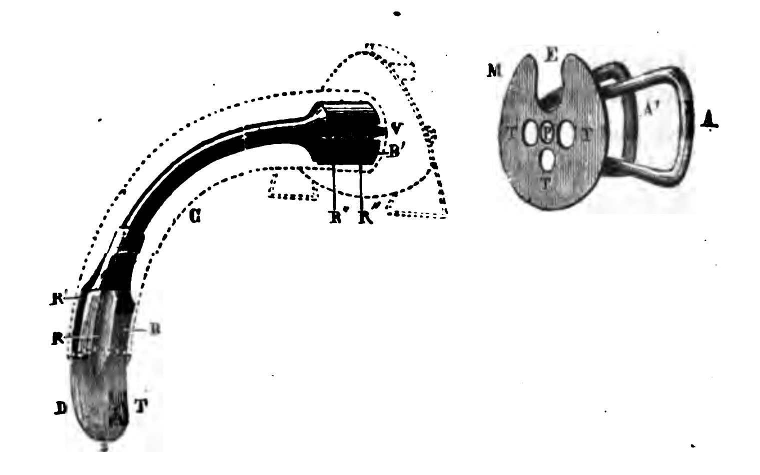
(1) Voir leur description et leur mode d'emploi dans les numéros d'avril 1883 et de janvier 1884, des *Annales de gynécologie*.

Nous prévenons le lecteur que le dernier modèle du mandrin-trachéotome est fort simple et plus commode à manier que l'ancien. (Chez Collin, maison Charrière. Paris.)

Quant au nouveau mode de préhension que nous avons adopté, nous le décrirons dans le courant de ce travail.

« Il arrive, assez souvent, que la saillie du cricoïde n'est « pas reconnaissable chez les enfants. Dans ce cas, si l'on « voulait pratiquer l'opération immédiatement *au-dessous* de « ce cartilage avec le mandrin, on aurait quelque chance de « tomber sur le deuxième anneau trachéal, ce qui obligerait « à sectionner le troisième et le quatrième anneau, et dépla- « cerait peut-être trop, par en bas, le champ opératoire.

« En principe, il faut donc se baser sur la saillie *constante* « de la pomme d'Adam (repère infaillible), et inciser au-des- « sous du bord inférieur du thyroïde plus ou moins exacte- « ment, pour être sûr de ne pas se tromper. » (De Saint-Germain.)



Le mandrin-trachéotome, on ne doit point l'oublier, permettra aussi de pratiquer, avec facilité, la laryngotomie *inter-thyro-cricoïdienne* sur l'*adulte*.

Cette opération, que MM. *Verneuil*, *Farabeuf*, *Marc Sée*, *Richelot*, *Lannelongue*, *Nicaise*, *Erichsen*, *de Launay*, *Krishaber* considèrent tous comme aussi simple que facile, et digne d'entrer dans le domaine chirurgical (p. 41, de la brochure du Dr Jacolot. Paris, chez Coccoz, 1882), se pratique aisément sur le cadavre. Nos expériences nous ont

donné cette conviction que, sur le vivant, elle serait d'une grande facilité relative au moyen du mandrin-trachéotome.

II.

LARYNGOTOMIE INTER-CRICO-THYROIDIENNE.

Il suffit de considérer un instant la magnifique planche de *Tillaux* (Anatomie topographique, p. 395), représentant la région sous-hyoïdienne, pour être convaincu que, sur la ligne médiane, le champ est pauvre en vaisseaux, et que l'*hémorrhagie*, si redoutable lorsqu'on exécute la trachéotomie sur l'adulte, sans le *thermo-cautère*, ne sera guère à craindre avec le mandrin lorsqu'il traversera la membrane *thyro-cricoïdienne*.

« Il pénètre, en effet, à la manière d'un *coin* qui divise les « tissus et les écarte à mesure, les comprimant assez pour « avoir une action hémostatique réelle, et d'autant plus sûre, « que la canule suit aussitôt la lame du mandrin, comme le « spéculum suit son embout. »

Nous croyons que le *mandrin-trachéotome* aura des chances d'être réservé, et même spécialisé, pour la laryngotomie chez l'adulte.

Déjà, nous avons fourni de bonnes raisons dans ce but, et les expériences cadavériques le prouvent d'une manière satisfaisante.

En nous basant sur celles que nous avons exécutées, nous estimons qu'il est presque impossible de manquer cette opération sur le vivant, si l'on suit les préceptes que nous allons résumer encore une fois, et si l'on *saisit* l'engin comme nous le dirons dans le chapitre suivant.

Opération. — « 1° Soulevez et fixez le larynx à la manière « de Saint-Germain.

« 2° Coupez toute la peau avec le sommet du mandrin, « rigoureusement sur la ligne médiane, depuis le bord inférieur du thyroïde jusque sur la saillie du cricoïde.

« 3° Divisez aussitôt la membrane thyro-cricoïdienne (*liga-*

« *ment conique*) avec le sommet de votre lame conduite de
« l'angle supérieur de la plaie vers l'angle inférieur ; puis de
« ce dernier vers le premier, et ainsi de suite.

« La résistance sera bientôt vaincue !

« N'allez guère plus loin ! Vous êtes dans le larynx !

« 4° Retirez lestement le mandrin et poussez la canule dans
« la voie ouverte, en tournant *court* dans l'angle inférieur de
« la plaie, c'est-à-dire sur le bord supérieur du cricoïde. »

Sans se presser, on fait cette laryngotomie en dix à quinze secondes sur le cadavre, avec un *mandrin* en *bon état*.

La canule pénètre vite lorsqu'on a eu la précaution de lubrifier sa partie la plus inférieure.

III.

NOUVEAU MODE DE PRÉHENSION.

La manœuvre du *mandrin-trachéotome* devient d'une simplicité remarquable si, au lieu de le tenir par la *garde-poignée* (voir le numéro d'avril, 1883, des *Annales de Gynécologie*), on le prend tout bonnement comme un bout de crayon, ou à peu près comme une lancette, *au-dessous* du pavillon de sa canule.

« Donc, le mandrin une fois armé, fixé, et le tout ne faisant
« qu'un seul *bloc*, saisissez l'engin avec la pulpe des doigts
« de la main droite (*pouce-index-médius*), à 2 centimètres en-
« viron du bord inférieur de la canule. Vous serez heureu-
« sement surpris de la facilité avec laquelle vous couperez
« les parties molles sur la ligne médiane, et de la sûreté de
« vos doigts...

« Ce mode de préhension donne une grande précision à la
« lame du trachéotome.

« L'opération est faite aussi légèrement que possible.

« Le mouvement de rotation, d'avant en arrière, et de haut
« en bas, pour engager la canule dans le tube laryngo-tra-
« chéal, au lieu de réclamer en quelque sorte l'élévation de
« l'avant-bras, nécessite à peine ce dernier mouvement de la
« part de la main.

« En résumé, tant sur l'enfant que sur l'adulte, c'est le « moyen que nous vantons, sans exclure absolument l'ancien « mode de préhension qui pourra être choisi par des praticiens.

« La poignée, en *ébène*, du modèle récent, comme celle en « *melchior* de notre premier type, devient alors, pour ainsi « dire, un accessoire du mandrin. Mais un accessoire *indis-* « *pensable*, puisque c'est avec la goupille fixatrice de la ca- « nule sur la garde-poignée qu'on immobilise sûrement l'en- « semble, et qu'on rend le tout solide et capable d'agir « comme *un seul bloc*. (Coin tranchant.)

« Avec notre instrument, on n'a pas à s'inquiéter du main- « tien de la canule sur le mandrin, pendant l'opération. Pas « plus qu'on n'a à se préoccuper du contact intime du pavil- « lon de cette canule avec la garde de la poignée. »

Nous le dirons encore :

« Dans notre système, l'*arme* (mandrin) ne fait qu'un avec « son *fourreau* (canule). Et la meilleure condition pour réus- « sir, c'est d'avoir une lame dont le sommet et le bord anté- « rieur coupent excessivement bien. »

IV.

VIVISECTIONS.

Après des essais sur des cadavres d'adultes et de petits animaux, nous avons, à défaut de cadavres d'enfants, entrepris une longue série de vivisections.

Des circonstances locales nous ont permis d'opérer sur des mammifères dont le *larynx* et la *trachée* présentent, comme *diamètres*, une assez grande analogie avec les mêmes organes chez les enfants.

Nous avons alors installé une sorte de laboratoire dans lequel nous avons pratiqué plus de 150 *bronchotomies*. (Expression générique de βρόγχος, gorge, et τομη, section. Nysten.)

Les animaux choisis étaient des *chevreaux* âgés de 15 jours à 28 jours, au plus.

Notre intention n'est pas de relater dans cette courte notice les résultats que nous avons obtenus.

Tous ces détails intéressants feront partie d'un travail ultérieur dans lequel nous réfuterons, en terminant, les objections qui ont été faites jusqu'à ce jour au mandrin-trachéotome.

Bornons-nous donc à rapporter ce qui suit :

A. — Tous les animaux opérés *allaient être* mis à mort.

Nous avons conservé beaucoup de pièces anatomiques, principalement celles pouvant être regardées comme moins favorables à l'instrument.

B.— Nos bronchotomies ont été méthodiquement conduites, et estimées, comme durée, par un aide ayant la montre sous les yeux.

C. — Les animaux, très vigoureux, ne pouvaient être immobilisés qu'avec peine. Sans doute, chez eux, le larynx est *saillant*, et les tissus prélaryngiens moins épais que chez les enfants (de 4 à 8 millimètres chez les premiers, de 8 à 11 chez les derniers).

Mais, par contre, le larynx et la trachée sont d'une *mobilité excessive*.

Ils échappent aux doigts qui veulent les fixer.

Des réflexes brusques, violents, de déglutition, se produisent.

Le champ opératoire se déplace; bref, la trachéotomie est loin d'être aussi facile qu'on le croit, *a priori*.

D. — La forme de la trachée est *elliptique*.

De sorte que, si l'on veut la saisir bilatéralement, on ne fait que *l'aplatir*, quand on la saisit : ce qui diminue les diamètres favorables à l'opération.

E. — Sur chaque animal, vu la longueur du tube laryngo-trachéal, qui est de 17 à 24 centimètres, nous avons exécuté trois *bronchotomies*.

1° La *crico-trachéotomie*.

2° La *trachéotomie* aussi *supérieure* que possible, eu égard à l'incision cutanée de l'opération précédente.

4° La trachéotomie *inférieure*.

F. — Nous avons réservé le *trachéotome à manche à gorge*.

rets pour cette trachéotomie *inférieure*, ainsi que pour une autre pratiquée au-dessous, et très difficile, vu l'extrême mobilité du tube aérien.

Ces opérations, toutes faites avec sûreté et promptitude, nous ont démontré *l'excellence* du trachéotome à manche *dilatateur-conducteur*, dans les mains d'un praticien ayant quelque habitude du bistouri.

G. — Le *mandrin*, par conséquent, a le plus souvent servi pour les deux premières bronchotomies.

Nous l'avons réservé avec d'autant plus d'intention, pour celles-là, que nous n'avions pas encore pu fixer, *définitivement*, son mode d'emploi sur des organes laryngo-trachéaux de *petits diamètres*.

Ce sont les résultats qu'il nous a donnés qui nous ont fait adopter :

1° *Le nouveau mode de préhension déjà décrit, si simple et si sûr ;*

2° *Le précepte absolu de ne jamais l'employer à la façon d'un trocart.*

H. — Sur 120 opérations, il nous est arrivé, une seule fois, de pousser la canule *au-devant* de la trachée. L'animal avait bondi, et ce fut pour ne pas manquer notre trachéotomie *supérieure*, qu'en nous pressant, *à tort*, nous l'avons précisément manquée. L'accident fut réparé en un clin d'œil.

I. — *Trois fois*, pendant la *crico-trachéotomie* avec le mandrin, nous avons eu une petite hémorrhagie artérielle qui a exigé l'emploi de l'éponge. (Retard de deux à trois secondes.)

J. — Une *seule* fois, nous avons traversé le larynx, sur le côté, au-dessus du bord supérieur de l'anneau du cricoïde. Le chevreau, très vigoureux, avait des réflexes de déglutition incessants.

K. — Nous affirmons que toutes les bronchotomies exécutées sur les animaux en question, soit avec le *mandrin*, soit avec le *trachéotome à gorgerets*, l'ont été dans un temps égal à dix à quinze *secondes* en moyenne.

A l'occasion, nous nous empresserons de démontrer à qui le voudra, qu'avec le mandrin, on peut opérer, sans précipitation, en six ou huit secondes.

L. — La trachéotomie la ***plus inférieure*** (4e opération sur les chevreaux de 3 à 4 semaines), très difficile, et presque toujours compliquée d'hémorrhagie artérielle, ce qui force à absterger la plaie, a généralement été faite en quinze à vingt secondes. Quatre fois nous avons mis une demi-minute, et deux fois une minute.

M. — Par sa simplicité et la sécurité qu'il donne, le ***trachéotome*** à manche ***dilatateur-conducteur*** nous a permis de réussir ***d'emblée*** (sauf les cas d'hémorrhagie !) toutes les opérations tentées.

« ***Pas une seule n'a été manquée !*** »

N. — Nous déclarons catégoriquement avoir trouvé la manœuvre de nos trachéotomes aussi facile la ***nuit*** que le ***jour***.

16 vivisections ont été faites dans un chai des plus obscurs, à l'aide d'un ***rat-de-cave***.

Un enfant le tenait horizontalement, presque sur le cou de l'animal.

Nous affirmons que ce modeste luminaire est très suffisant pour bien voir.

Une fois, pendant une *crico-trachéotomie*, l'air et le sang violemment expirés éteignirent la flamme.

Personne ne bougea !

L'enfant fit demi-tour pour rallumer. La canule avait été mise dans la trachée pendant ce temps.

Nous sommes donc de l'avis du Dr *Sanné* qui préconise comme le meilleur moyen d'éclairage, la nuit, le vulgaire ***rat-de-cave*** (gros modèle), en ayant la précaution d'avoir à portée une bougie allumée.

Un seul suffit.

Mais rien n'empêcherait d'en faire tenir *deux*, — un dans chaque main — par l'aide chargé de ce soin.

On ne courrait pas le risque d'être subitement plongé dans l'obscurité.

Ce serait plus sûr, plus propre, et moins dangereux que l'illumination avec des bouts de chandelle, vantée, à l'époque, par Trousseau.

Les nombreuses vivisections que nous avons faites, ne sont, bien entendu, que des expériences *approximatives*, par rapport à la chirurgie humaine. Nous les croyons, cependant, aussi décisives et probantes que possible.

Et dans cette forte conviction, nous dirons :

1° Le mandrin-trachéotome, quoique ayant l'*apparence* (?) d'un trocart (tige coupante logée dans une canule), n'est point un *trocart* et ne doit *jamais* être employé comme tel.

2° Le sommet de sa lame et son bord antérieur doivent couper *excessivement* bien (*condition sine qua non*).

3° La main gauche de l'opérateur doit savoir soulever, fixer, faire *vousser* ou *bomber* le tube *laryngo-trachéal* pour l'avancer en quelque sorte, sous la lame de l'instrument. C'est une condition absolue de réussite.

4° Le *nouveau mode* de préhension du mandrin donne aux doigts de l'opérateur une sûreté, une légèreté, une précision indiscutables. Il est maître de sa lame, et la façon dont il la guide lui enlève la possibilité d'en user comme d'un trocart.

5° En observant ces différents préceptes, nous sommes persuadé que celui qui saura bien la topographie de la région *sous-hyoïdienne*, pratiquera facilement avec le mandrin la *laryngotomie* sur l'adulte, et la *trachéotomie* sur l'enfant.

Nous avons donné un bon procédé pour exécuter l'une.

Voici le moyen de faire l'autre:

V.

TRACHÉOTOMIE SUPÉRIEURE CHEZ L'ENFANT.

Opération. — Soulevez et fixez d'abord le larynx comme M. de Saint-Germain, après avoir mis l'enfant dans la position classique.

Prenez pour repères infaillibles la pomme d'*Adam* et, au-dessous, le pli cutané *rentrant* qui se forme presque toujours

au niveau de la membrane thyro cricoïdienne, et pratiquez :

Premier temps. — « Avec le *sommet* de la lame, posé per-
« pendiculairement sur la ligne médiane, exactement sur cette
« ligne, une incision de 2 à 3 centimètres, suivant l'âge, com-
« mençant au niveau du bord inférieur du thyroïde, et com-
« prenant bien toute l'épaisseur de la peau. »

Deuxième temps. — « Vous tombez alors, en recommençant à
« couper dans l'angle supérieur de la plaie, sur l'espace étroit
« qui sépare le thyroïde du cricoïde. Cet espace, membraneux,
« est perforé par usure en un clin d'œil. (L'air expiré vous
« prouve que vous avez réussi !)

« Sciez aussitôt le *cricoïde*, le *premier* et le *deuxième* anneau
« de la trachée, ouvrant ainsi longitudinalement le tube
« laryngo-trachéal dans lequel est entré le tiers de la lame du
« mandrin, environ. »

Troisième temps. — « Sans désemparer, par un mouvement
« d'élévation de la face dorsale des doigts vers le menton,
« portez le dos de la lame vers l'angle supérieur de l'incision.
« C'est une sorte de mouvement oblique dans le plan médian,
« pendant lequel on enfonce l'instrument avec prudence.
« Il pénètre, en effet, de haut en bas dans l'ouverture tra-
« chéale. »

Vous êtes là où il faut être !

Quatrième temps. — Continuez à engager canule et mandrin, de haut en bas, et d'avant en arrière, vous opposerez ainsi, de plus en plus, à la paroi postérieure de la trachée, le dos de la lame et de la canule.

Vous serez dedans, en plein !

L'index gauche suffira pour maintenir alors le pavillon. Retirez donc le *mandrin* et poussez la canule à *bloc*.

Tel devra être, — qu'on nous passe l'expression ! — le mot à mot de la crico-trachéotomie, si nous avons bien compris et interprété justement les centaines d'opérations exécutées sur des animaux vivants.

La trachéotomie comporte donc plusieurs temps.

Nous l'avons toujours *dit*, *écrit* et *répété*.

Ce serait une erreur que de l'assimiler à une ponction par le *trocart*, ou à une manœuvre en *un seul* temps.

Il est certain qu'avec de l'habitude, la succession des divers mouvements nécessaires à son exécution est rapide, et qu'en opérant ainsi, on *a l'air* de la pratiquer en un *seul* temps.

Mais, en réalité, il se passe pour cette opération la même chose que pour la *saignée* quand on sait bien la faire.

« La *ponction*, puis l'*incision* de la veine en redressant la « pointe de la lancette sont *deux* temps distincts qui ont l'air « de n'en faire *qu'un !*

« Et de même pour l'ouverture d'un *abcès !*

« Et de même pour le *cathétérisme* vésical, sur un malade « que l'on a coutume de sonder ! etc., etc... »

Tous les temps successifs paraissent se confondre en *un seul*. Nous nous *défendons* et *défendons* bien d'opérer en *un seul temps* avec le mandrin-trachéotome !

Ce serait une lourde faute !

L'instrument, ne *pouvant agir* comme un trocart, serait, en effet, utilisé quand même comme tel, ce qui serait absurde et très dangereux.

Sur les animaux vivisectés, le *cricoïde*, plus résistant que les anneaux de la trachée, a presque toujours été *scié* d'une façon distincte.

Quelquefois, il a pu échapper au sommet de la lame.

Ce fait se produit également sur l'enfant avec le bistouri.

On a exécuté alors la trachéotomie *classique*.

Du reste, l'opération réussit aussi bien, que l'on soit tombé sur le cricoïde, ou sur les deux ou trois premiers anneaux de la trachée (de Saint-Germain).

Nous avons pu démontrer, sur des *trachées* mises à nu, comment agissaient le *sommet* de la lame du mandrin et son bord *antérieur* sur les anneaux.

Quand on y regarde de près, voici ce qui a lieu :

« L'arc du cricoïde est entamé par frottement, ou usure, « dès que le sommet a perforé l'espace inter-crico-thyroïdien. « Il est même attaqué avant, puis vite *scié* par le bord cou-

« pant de la lame. L'espace membraneux qui sépare le cri-
« coïde du premier anneau est plutôt perforé ; puis le premier
« anneau est usé aussi par frottement et coupé ; l'espace mem-
« braneux entre le premier et le deuxième anneau perforé, et
« ainsi de suite.

« En général, dans nos vivisections, le cricoïde et le *pre-*
« *mier* anneau ont été *seuls* coupés. L'ouverture était même
« suffisante pour la canule n° 2.

« C'est en allant de haut en bas, puis de bas en haut, etc.,
« avec le *sommet* de la lame du mandrin, dans toute la lon-
« gueur de la plaie cutanée, que, le plus souvent, on coupe,
« à la fois par *usure* et *sciage*, les arcs trachéaux *voussés* par
« l'action des doigts qui les soulèvent pour les fixer. »

Enfin, puisque l'incision de la peau a de 2 à 3 centimètres, suivant l'âge, et que la pression digitale exercée bilatéralement la fait bâiller davantage, rien n'empêchera, si on le préfère, de porter l'index à l'angle supérieur de cette incision, de reconnaître avec l'ongle le bord inférieur du cricoïde, et de couper, en usant et sciant, le premier, le deuxième et le troisième anneaux, etc.

L'opération serait un peu plus longue.

Les mandrins 0 et 1, de la série *Collin*, sont les plus pratiques.

Le n° 0 servira aux enfants de 1 an à 3, 4 ans.

Le n° 1 sera réservé pour ceux de 4 ans à 10 ans.

Que leur lame coupe excessivement bien, et l'on sera surpris de la facilité avec laquelle on pratiquera la trachéotomie *supérieure* sur des cadavres d'enfants !

Si nous osons prédire un succès complet et rapide à tous ceux qui essaieront le *mandrin*, c'est que nous l'avons expér menté des centaines de fois sur des animaux dont la peau *coriace* est certainement plus *difficile* à couper que celle d'un enfant dont le cou est *tendu*, *secundum artem*.

Dans toutes nos bronchotomies, en effet, c'est la *peau* qui a constamment présenté le plus de résistance pour être bien coupée. (Premier temps.)

VI.

NOUVELLES EXPÉRIENCES. — CONCLUSIONS.

En présence de tant de succès opératoires, nous n'avons pas hésité à soumettre *nos procédés* de *trachéotomie* à la critique loyale et éclairée d'un grand nombre de médecins.

Le mode d'emploi du *mandrin* était fixé; aussi, nous avons entrepris avec lui et le *trachéotome à manche dilatateur-conducteur*, une nouvelle série de vivisections dont nous allons résumer les particularités.

Mais disons d'abord quelques mots du dernier instrument que nous avons imaginé.

On se rappelle qu'il a été décrit en détails dans le numéro de janvier 1884, des *Annales de Gynécologie*, auquel le lecteur voudra bien se reporter.

« C'est une lame de bistouri cannelée jusqu'à la pointe, « graduée de 1 centimètre à 1 cent. 1/2, longue de 36 à 40 « millimètres, et disposée comme un canif. Elle sort à volonté « d'un manche en ébène dont l'extrémité spatulaire, mince. « mousse, inoffensive, offre sur ses deux faces un *gorgeret* « conducteur.

« Introduite dans la plaie trachéale, cette espèce de spatule « est aussitôt mise *en travers* de toute la plaie qu'elle dilate « comme une *boutonnière*. L'ouverture, ainsi obtenue, est « très suffisante pour laisser pénétrer une canule que l'on « guide intimement sur le gorgeret jusqu'à ce qu'elle soit « dans la trachée-artère. »

Cet instrument, qui réunit le *bistouri*, le *dilatateur* et le *conducteur*, est probablement le plus simple et le plus sûr qui ait été fabriqué jusqu'à ce jour.

Son prix (5 fr.) le rend accessible aux plus modestes bourses, et quand on l'a vu fonctionner, ou qu'on l'a essayé sur des animaux vivants dont le *larynx* et la *trachée* se rapprochent beaucoup, comme *diamètres*, des mêmes organes chez les enfants, il est difficile. nous le croyons, de n'être pas con-

vaincu des avantages qu'il donne aux opérateurs sous tous les rapports.

« Avec lui, on exécutera la *trachéotomie classique* sur *tous* « les enfants. »

« Et, vu la résistance que pourrait offrir le cartilage *cricoïde* « au delà de 5 ans, en général, on ne fera la *crico-trachéoto-* « *mie* que jusqu'à cet âge. »

A la *rigueur*, néanmoins, on pourrait peut-être, pour éviter ce petit inconvénient, chez les enfants âgés de plus de 5 ans, pivoter l'engin vers l'angle *inférieur* de la plaie trachéale, et le laisser dans cet angle.

On éluderait ainsi le *cricoïde*.

La canule serait forcément introduite avec la main *gauche*, par le *tour de maître*. Nous avons essayé cette manœuvre, sans la trouver plus difficile. La mise en place de la canule est un peu moins rapide. Il y aurait, cependant, un inconvénient sérieux attaché à ce mode de faire.

On empêcherait, *en partie*, la libre introduction de l'air dans la trachée.

Première série d'expériences. — « Le 13 mai 1884, à la réu- « nion de la *Société de médecine et de chirurgie pratiques* de « Jonzac, nous avons expliqué le mécanisme de nos *trachéo-* « *tomes*, et peu d'instants après, à l'appui de nos assertions, « nous avons exécuté plusieurs *trachéotomies* (9) sur des che- « vreaux âgés de 3 à 4 semaines.

« M. le président Dr *Arsonnaud*, dont l'autorité est irrécu- « sable ; MM. les Drs *Barbot*, *Fichot*, *Verger*, *Chapparre*, *Se-* « *bileau*, *Larquier*, *Besson*, *Georges-Martin* (de Bordeaux), etc. ; « en un mot, les trente distingués collègues présents à la « séance, voulurent bien nous témoigner leur satisfaction, « et nous autoriser à affirmer que la durée moyenne des *bron-* « *chotomies* avait été de 7 à 8 secondes. »

Deuxième série. — Quelques jours plus tard, nous obtenions de M. le Dr *Maisonneuve*, directeur du service de santé de la marine, au port de Rochefort, l'autorisation de nous livrer, devant son école, à de nouvelles expériences.

« Le 23 mai, nous avons donc pu présenter à la clinique de « M. le Dr *Duplouy*, notre dernier modèle de *mandrin-tra-* « *chéotome*, et notre *trachéotome* à manche *à gorgerets*.

« Une courte note explicative fut lue avant de pratiquer les « vivisections, puis nous eûmes l'honneur d'opérer à l'*am-* « *phithéâtre*, en présence de MM. les professeurs et d'un « grand nombre de médecins de la marine et d'étudiants.

« 12 *bronchotomies* (crico-trachéotomies, trachéotomies supé- « rieures et inférieures) furent exécutées sur quatre chevreaux « âgés de 15 jours à 21 jours, avec succès, en huit à dix se- « condes. Le *mandrin* fut surtout employé pour les *crico-* « *trachéotomies*. »

Le lendemain de ces expériences, nous recevions de M. le professeur de *clinique chirurgicale* de l'Ecole de médecine navale, l'appréciation suivante :

« J'estime que le *mandrin-trachéotome* destiné à couper la « trachée en même temps qu'on y met la canule est fort ingé- « nieux et qu'il réalise un progrès notable sur ses devanciers « avec lesquels il a un certain air de parenté. Il est toutefois « passible de la plupart des objections qui ont été adressées, « de tout temps, à la trachéotomie faite en *un seul temps*, et « qu'il est inutile de reproduire. Je ne me déciderais guère à « l'employer que chez l'adulte.

« Chez l'enfant, je préfère de beaucoup l'opération *classique* « et j'apprécie fort le second instrument (couteau à manche, « dilatateur en forme de gorgeret) que vous avez montré à ma « clinique. Le temps le plus émouvant de l'opération est, sans « contredit, celui qui suit immédiatement l'ouverture tra- « chéale. Il faut, sous peine d'asphyxie, substituer rapide- « ment le *dilatateur* au *bistouri*, puis la *canule* au *dilatateur*.

« Vous avez eu l'heureuse idée de réunir en un seul et « même instrument, *bistouri* et *dilatateur*, ce qui *simplifie beau-* « *coup* la manœuvre.

« La minceur du manche *facilite beaucoup* son introduction « dans la plaie longitudinale faite à la trachée, puis un sim- « ple mouvement de rotation sur son axe fait *bâiller large-*

« *ment* les lèvres de l'incision; le manche, devenu *conducteur*, « tient *bien* en place et présente à la *canule* une *gorge* sur « laquelle elle peut aisément glisser jusque dans le conduit « aérien.

« L'*opération gagne ainsi en précision et en sécurité* (Dr Du- « plouy). »

Nous remercions sincèrement M. le professeur *Duplouy*, ses éminents collègues, et tous les confrères qui ont bien voulu suivre les expériences que nous avons pratiquées à l'amphithéâtre de l'Ecole de médecine de Rochefort.

Tel est notre dernier mot, en attendant le langage des faits.

POST-SCRIPTUM.

Depuis la rédaction de cette note, plusieurs honorables confrères nous ont demandé des renseignements précis sur le prix du *mandrin-trachéotome* et sur sa manœuvre.

Nous leur répondrons ce qui suit :

« Nous sommes absolument désintéressé dans la question « de fabrication.

« Par expérience, nous savons qu'un mandrin, muni des « canules externe et interne en *argent*, qui lui correspondent, « coûte 25 francs.

« Si l'on pouvait construire de *bonnes* canules avec un mé- « tal nikelé peu cher, ou avec une substance comme la « gutta, le caoutchouc durci, la corne, etc., il est croyable « que le prix d'ensemble serait bien moins élevé.

« Pourquoi ne les ferait-on pas en *verre trempé*, substance « solide et très résistante qui offrirait des garanties sérieu- « ses, il nous semble ?

« Le mandrin est fabriqué par M. Collin, de Paris.

« Pour que cet instrument soit irréprochable, il faut :

« 1° Que sa lame coupe excessivement bien par son sommet « et son bord antérieur ;

« 2° Que le bord inférieur de la canule se continue, sans « ressaut appréciable, avec la base épaisse de la lame ;

« 3° Que la portion de mandrin débordant la canule soit « égale à 13 millimètres pour les n°s 0, et à 14, 15 millimètres « pour les n°s 1 et 2; »

(Ces longueurs de lame sont basées sur les expériences et mesures précises des Drs de *Saint-Germain* et *Dubar*.

Avec ces dimensions, lorsque le bord inférieur de la canule sera *au niveau* de la peau, après les incisions successives, on sera certain, sauf très rares exceptions, d'être en plein dans la trachée);

« 4° Que la goupille fixatrice du pavillon sur la nouvelle « *garde-poignée* en ébène fonctionne parfaitement pour l'ex- « traction rapide du mandrin. »

Muni d'un tel instrument, le praticien, nous croyons pouvoir le dire, exécutera la *crico-trachéotomie* et la trachéotomie *classique*, sur les enfants, en douze à quinze secondes sans précipitation.

15 nouvelles bronchotomies pratiquées sur des petits chevreaux de 12 à 16 jours, dont la trachée, pincée à travers la peau, avait à peu près le volume d'un tuyau de pipe, nous font déclarer, pour la dernière fois, « que si l'on sait bien « saisir et soulever le tube laryngo-trachéal; pour mieux « dire, si l'on sait le faire bomber et l'immobiliser sous la « lame du mandrin, on réussira sûrement l'opération en ob- « servant tous les temps que nous avons fixés. »

Et, qu'on le remarque bien!

« Pour être aussi affirmatif, nous ne nous fondons pas « exclusivement sur plus de 200 bronchotomies. Nous ne « nous targuons point davantage d'une habileté particulière. « d'autant plus significative qu'en réalité nous avons pres- « que toujours opéré sur des animaux très vigoureux, criards, « se défendant, difficiles à immobiliser, et dont le champ opé- « ratoire était souvent déplacé par des réflexes de déglutition.

« Nous croyons que la facilité et la promptitude de la tra- « chéotomie avec le mandrin sont les conséquences naturel- « les des qualités qu'il possède et de la simplicité de son mode « d'emploi.

« Pour tout dire :

« Nous regardons les bronchotomies exécutées sur ces pe-
« tits animaux à peau *coriace*, difficile à couper, comme autant
« d'opérations aussi scabreuses que celles que nous aurions
« pu faire sur des *cadavres* de petits enfants, ou sur ces petits
« enfants à l'état de *mort apparente* et d'insensibilité ab-
« solue (dernier degré de l'asphyxie chez les croupeux).

« Le *mandrin* est une sorte de couteau *prismatique* qui di-
« late l'incision trachéale à mesure qu'il la fait, et permet d'y
« introduire presque simultanément la canule avec laquelle
« il fait *bloc*. C'est un conducteur certain, à la condition
« expresse, disons-nous en terminant, de ne jamais l'em-
« ployer comme un trocart. »

Quant au trachéotome à *manche à gorgerets*, nous savons qu'il est déjà répandu dans l'ouest de la France.

Nous prions donc nos confrères de vouloir bien nous communiquer les opérations qu'ils pratiqueront avec lui.

M. Creuzan, fournisseur de la Faculté de Bordeaux, le fabrique sur nos indications.

« Quoique nous n'ayons pas encore de faits cliniques à four-
« nir, nous ne pensons pas trop oser en prétendant que nos
« trachéotomes répondront aux *desiderata* exprimés par d'ha-
« biles chirurgiens.

« La trachéotomie étant essentiellement une opération
« d'urgence, il faut la simplifier, tant au point de vue des
« instruments à employer que du manuel opératoire à suivre ;
« il faut, dit *M. de Saint-Germain*, la rendre assez simple
« pour qu'elle puisse être pratiquée par tous les médecins et
« dans toutes les circonstances. » (*Chirurgie des Enfants*, p. 390.)

Tel est le but de nos trachéotomes.

NOTE
SUR
LE SPÉCULUM BIVALVE
L'ÉCARTEUR VAGINAL A TROIS BRANCHES
POUR LES OPÉRATIONS DES FISTULES URINAIRES ET QUELQUES AUTRES APPAREILS ET INSTRUMENTS DE CHIRURGIE GYNIATRIQUE (1)

Du Dr Louis-Adolphe Neugebauer,
Docent de gyniatrie à l'Université de Varsovie
Et médecin ordinateur de l'hôpital du Saint-Esprit à Varsovie.

Par le Dr François Neugebauer (de Varsovie)
(Fils du précédent).

(Suite et fin) (2).

Les figures suivantes empruntées à plusieurs mémoires de mon père, cités à la fin de cette communication, expliqueront la destination et le mode d'emploi de l'écarteur.

La figure 24, empruntée à un mémoire de 1874, représente schématiquement la position de la malade; comme je l'ai déjà dit, L. Neugebauer n'emploie plus cette position de la malade, mais le décubitus génupectoral, c'est-à-dire le tronc rabaissé au lieu d'être horizontalement placé.

---

(1) Le mot *gyniatrie* (γυνή : la femme; ἰατρός : le médecin) indique spécialement la partie de la gynécologie en dehors de l'obstétrique. Ce mot nous paraît mieux approprié que tout autre aux maladies des femmes proprement dites.

(2) V. *Annales de gynécologie*, avril 1884 et mai.

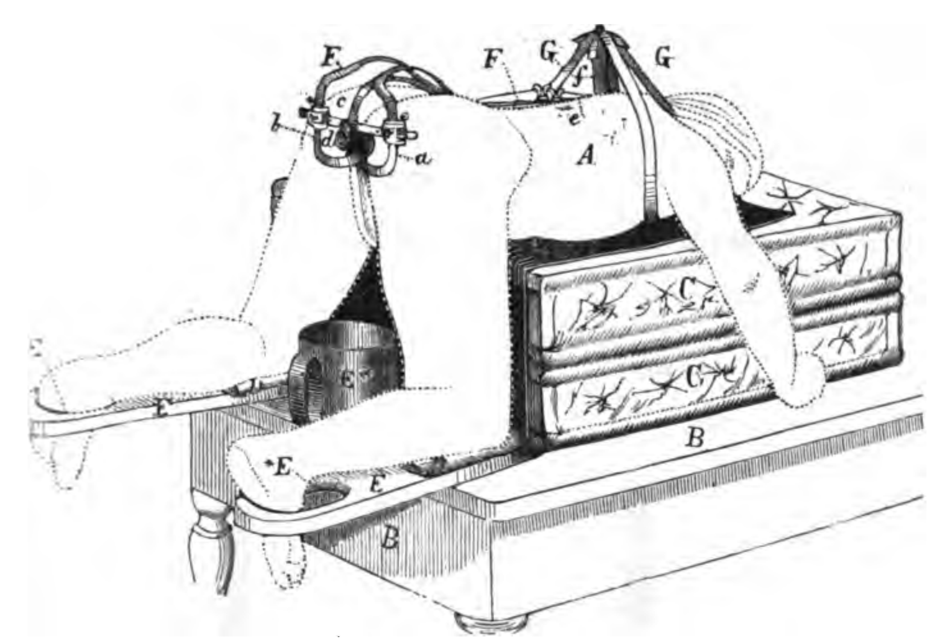


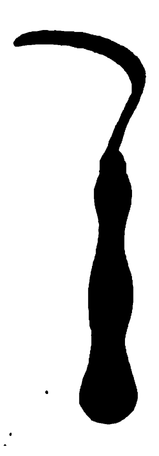
FIGURE 24. — *Application du dioptre à trois branches de Neugebauer dans la position donnée autrefois à la malade.* (Dessin schématique. Voir l'index bibliographique, XII.)

A, le thorax.
B, une table ordinaire.
C C, matelas.
D D, serviettes ou bourrelets sous les genoux.
E E, planchettes soutenant les jambes.
E* E*, fenêtres pour y faire passer les pointes des pieds.
F, la poignée de l'appareil appuyée sur la région lombaire ou dorso-lombaire par le bandage ou la ceinture G. Pour augmenter la pression, s'il est besoin, on soulève verticalement le manchon *f* de la poignée.
a b, écarteurs latéraux.
c, écarteur médian, vertical ou rectal.
d, cuiller de la valve rectale.
E**, vase à anse pour recueillir le liquide s'échappant du vagin. Une courroie passée par l'anse du vase le fixe en même temps qu'elle maintient en position les jambes.

J'ajouterai ici les figures 25 et 26, qui représentent les crochets mousses dont L. Neugebauer se sert (voir l'*Index biblio-*

graphique, XX, XXI, XXIII pour l'écartement des par vaginales dans les opérations des fistules urinaires, dans le où le vagin est si rétréci qu'il n'admet pas l'introduction d' spéculum à trois branches. Ces crochets ne sont qu'une m fication des crochets de Zang et de Wutzer.

Pour rapprocher le terrain opératoire de l'œil de l'opérat pour attirer le museau de tanche, les bords de la fistul quelque autre partie de la muqueuse vaginale, pour les fi et maintenir dans la position convenable, L. Neugebauer se



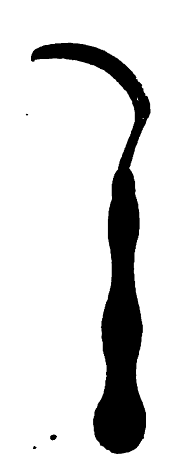




FIGURE 25. — *Crochet-mousse en quart de sa grandeur naturelle, vu de profil.*

FIGURE 26. — *Le mê d'en haut et d'ava*

d un appareil spécial qui, tout en donnant l'avantage d'é gner l'assistance d'un aide, nous fait gagner la place celui-ci occuperait de ses mains et de sa tête. On saisit exemple, le museau de tanche à l'aide d'un petit crochet m lique à une ou plusieurs dents. On attire les crochets moyen d'une chaîne métallique, dont la longueur varie et laquelle ils sont fixés. Si l'on veut attirer le crochet en h on fixe la chaîne soit en la repliant autour des vis ou des b libres des écarteurs ; si l'on veut l'attirer en avant, on att à la chaîne une ou deux des balles en fer ou plomb po

un crochet, dont on a toujours plusieurs grandeurs préparées. Le poids de ces balles attire et maintient le crochet avec une tension qu'on fixe à volonté.

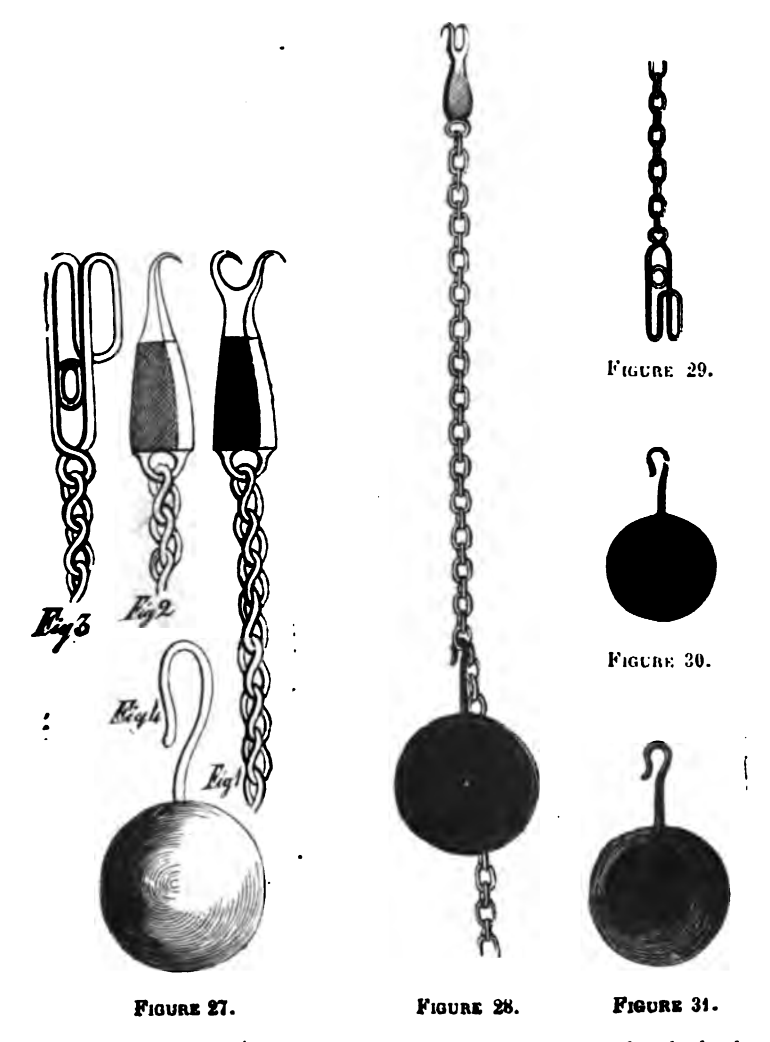
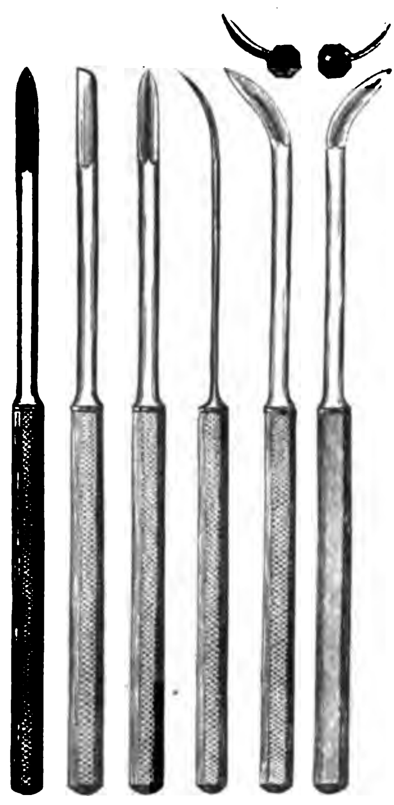


Fig. 27 à 31 : Crochets, chaînes et balles employés pour attirer et fixer les bords ou les environs de la fistule. (Voir l'Index bibliographique, VIII, XX, XXIII.)

Dans la figure 27, la petite *figure* 1 représente un crochet double (modification du crochet à deux dents d'Ulrich muni d'une petite chaîne; la *figure* 2 représente un crochet pareil, mais aigu et simple; la *figure* 3, un crochet mousse double

FIGURES 38 et 39.





FIGURES 32. 33. 34. 35. 36, 37.

Les cinq couteaux pour l'avivement en demi-grandeur naturelle. (Voir l'Index bibliographique, XX, XXI, XXIII, XXV.)

pareil au crochet de Pollier pour l'écartement des paupières servant pour attirer le bord lui-même de la fistule. La *figure* 4 représente une balle à crochet. (Les figures 1 à 4 sont de grandeur naturelle.)

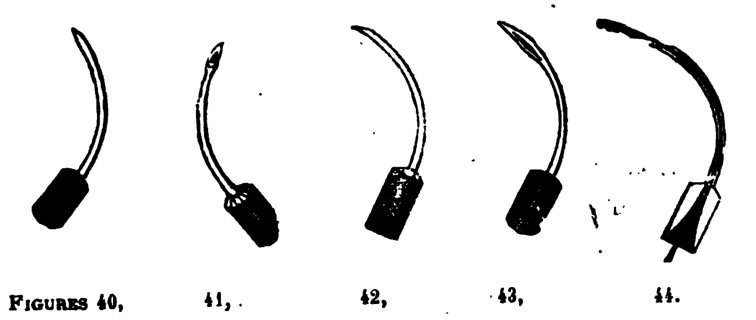
Les figures 28, 29, 30, 31 représentent plusieurs grandeurs des crochets et des balles.

Les figures suivantes (fig. 32-39) représentent les couteaux spéciaux de L. Neugebauer pour l'avivement des fistules.

Pour faire cet avivement il dessine d'abord de la pointe du couteau les contours de l'avivement à faire sur la muqueuse, puis il pratique la dénudation en enlevant toujours un anneau d'une seule pièce, afin d'être sûr que tout le pourtour de la fistule est mis à vif.

Le premier couteau (fig. 32) est à double tranchant, aigu et droit, le second (fig. 33) à tranchant simple, boutonné et droit, les autres sont à double tranchant, aigus et courbes.

Le couteau (fig. 34, vu de face; fig. 35, vu de profil) est courbé



FIGURES 40, 41, 42, 43, 44.

Aiguilles courbes pour le cloisonnement des fistules urinaires (grandeur naturelle). (Voir l'index bibliographique, VIII, XX, XXI, XXIII, XXV.)

sur le plan; les couteaux (fig. 36 et 37) sont courbés sur le plan et de côté (l'un sur son bord droit, l'autre sur son bord gauche), la courbure de ces deux derniers est en spirale. Les figures 38 et 39 les représentent vu d'arrière en avant.

Passons maintenant aux instruments employés pour la suture des fistules. C'est d'abord une série d'aiguilles d'une forme spéciale. Toutes sont très courtes et très courbes; les unes sont percées d'un oreillon, les autres sont creusées dans toute leur longueur comme un tube. Chaque aiguille est montée sur un petit tronc de fer à base octogonale, dont les 8 faces latérales sont rayonnées en relief, rugueuses, afin de ne pas



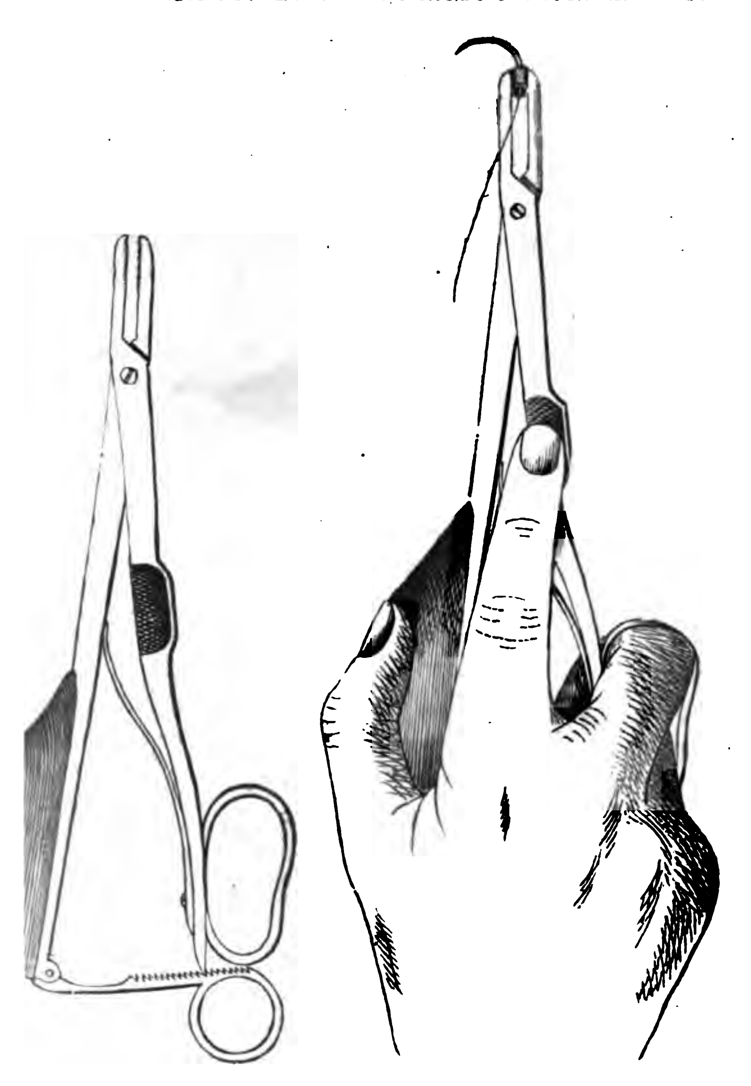
bouger, une fois qu'elles sont saisies par les branches du porte-aiguille. Ce tronc en fer est long de 10 millimètres et large de 4 millimètres. Dans les aiguilles creusées il l'est de même pour que le fil qu'on y fait passer entre plus facilement dans le tube de l'aiguille. La figure 40 représente une des aiguilles à oreillon; les figures 41-44 une des aiguilles creusées; dans la figure 44 on voit le fil métallique passé par le tube de l'aiguille; la figure 41 représente l'aiguille vue d'avant et d'en haut; la figure 42, d'en bas et d'arrière; la figure 43, de côté.

Les figures 45 et 46 représentent le porte-aiguille de L. Neugebauer, dont le but spécial est de pouvoir exercer une force considérable sans risquer que les aiguilles s'échappent des pinces du porte-aiguille et sans risquer qu'elles se cassent facilement. D'ailleurs le porte-aiguille, la surface interne des pinces étant rugueuse, maintient fortement les aiguilles dans une position quelle qu'elle soit, leur bout tourné droit ou obliquement en haut, en bas ou de côté, c'est-à-dire dans toute position. Cet instrument a l'aspect un peu lourd, mais il ne faut que s'en servir une seule fois en pratique pour apprécier sa grande valeur.

La figure 45 représente l'instrument seul; la figure 46 montre le porte-aiguille armé d'une aiguille tubulée dont le fil pend en arrière, saisi par la main droite; la figure 47 représente isolée la monture en bois à surface un peu creusée, qui permet de mieux appuyer le pouce.

Pour la suture, L. Neugebauer se sert également des fils de soie chinoise et des « fils de Florence » (silk worm), rarement du catgut; mais d'habitude, et surtout pour le cloisonnement des fistules urinaires, il préfère les fils métalliques en fer, argent, or ou cuivre, la suture par fils métalliques se faisant beaucoup plus aisément, plus vite et plus commodément. Toutefois il préfère les fils d'argent ou de cuivre au fil de fer qui est moins plastique, d'ailleurs ils sont aussi bons que le fil d'or. La plupart du temps Neugebauer se sert du fil de cuivre qui est le moins coûteux.

Voici le procédé de la suture dans le cloisonnement des



RE 45. — *Le porte-aiguille à* *ort de Neugebauer en demi-* *ındeur naturelle.*

FIGURE 46.

(Voir l'index bibliographique : VIII, XX, XXI, XXV.)

fistules urinaires. Aussitôt que le fil métallique a traversé les deux bords de la fistule, L. Neugebauer fait la torsion temporaire des bouts libres du fil et place les bouts ainsi tordus sur l'un des écarteurs latéraux qui les maintient. Ce n'est qu'après avoir placé tous les fils qu'il fait la torsion définitive. Pour cela, on saisit suivant leur ordre les deux fils de chaque suture plus près de la plaie à l'aide d'une pince à virole, on fait leur torsion de façon à n'avoir plus besoin d'y



FIGURE 47.

revenir. Ceci fait, on coupe tous les fils un peu avant l'entrée du vagin et on fait la torsion des bouts libres des fils de chaque suture en forme de balle, que l'on enduit d'une petite lame de cire, de façon à ce qu'ils ne puissent blesser la malade.

Pour l'épisiorrhaphie et la périnéorrhaphie, L. Neugebauer emploie un procédé de suture qu'il appelle *szew galeczkowy* (*stellbare Kugelnaht*, *sutura globulosa*), *suture globuleuse*. C'est

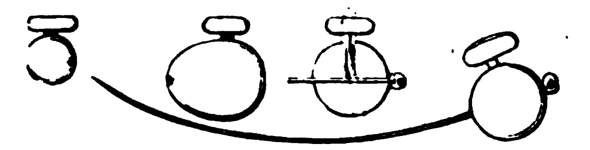


FIGURE 48. — *Sutura globulosa de Neugebauer*. (Voir l'index bibliographique, IV, V, VII, XII, XX, XXI, XXIII, XXV.)

une modification de la suture profonde d'*Heurteloup* (27). Depuis 1860 il l'a employé plus de cinquante fois avec un succès complet dans les épisio-périnéorrhaphies et aussi dans quelques autres opérations (opération du bec-de-lièvre). Il emploie une épingle ordinaire connue dans le commerce sous le

nom d'*épingle de Carlsbad*, qu'il recourbe un peu avant de l'appliquer. On passe d'abord l'épingle dans une petite *balle d'ivoire* (caoutchouc ou aluminium) ronde ou ovale que l'on fixe sur l'épingle à l'aide d'une vis; puis on traverse les deux bords

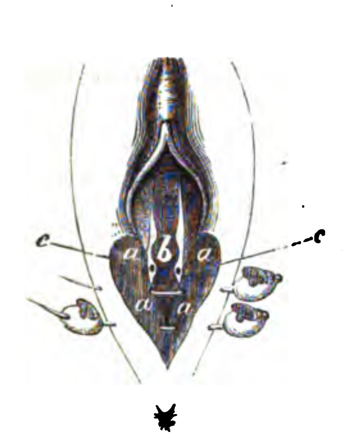


Figure 49.



Figure 50.

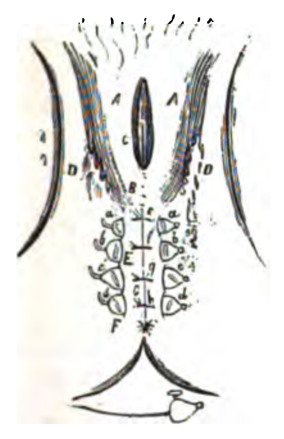


Figure 51.

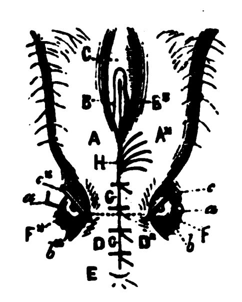


Figure 52.

Suture globuleuse employée dans l'épisio-périnéorrhaphie.

de la plaie et on introduit l'autre bout de l'épingle dans une seconde balle d'ivoire. On rapproche celle-là de la première

et la fixe à l'endroit convenable. Enfin on recourbe un peu le bout de l'épingle qui sort de la seconde balle et on le coupe.

Si le lendemain on s'aperçoit que les bords de la plaie sont trop serrés et gonflés on n'a qu'à éloigner un peu les balles pour diminuer la tension. On emploie de deux à cinq de ces sutures globuleuses profondes tout en interposant une série de sutures superficielles ordinaires à nœud, les fils étant de soie ou de toute autre espèce.

La figure 48 représente une telle épingle de Carlsbad avec les balles d'ivoire de différentes grandeurs. On aperçoit le méat creusé pour le passage de l'épingle et la vis pour la fixer.

Les figures 49 et 50 représentent l'application de cette su-

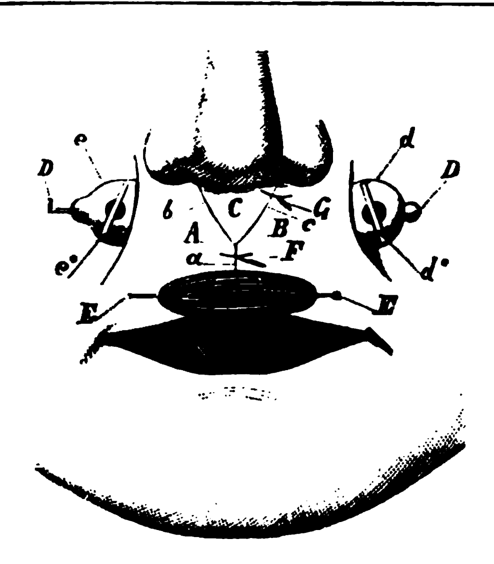


FIGURE 53. — *Suture globuleuse profonde dans un cas de bec-de-lièvre double, opéré en* 1862. (Voir l'index bibliographique, XII, fig. 2.)

A B C, les trois lambeaux de la lèvre supérieure joints par la suture cruente de façon que leurs rebords se touchant forment la figure de la lettre Y. La suture est faite : 1° par une épingle de Carlsbad épaisse (D D), montée des balles d'ivoire (*d e*) — suture *globuleuse profonde;* 2° par une épingle plus mince de Carlsbad (E E), *suture circonvolue;* 3° par deux sutures à nœud de fil d'argent (F G).

ture dans un cas d'épisiorrhaphie (*a a a a*, avivement; *b*, orifice vaginal; *c c*, orifices des canaux des glandes Bartholiniennes). La plaie grande ouverte dans la figure 49 est fermée

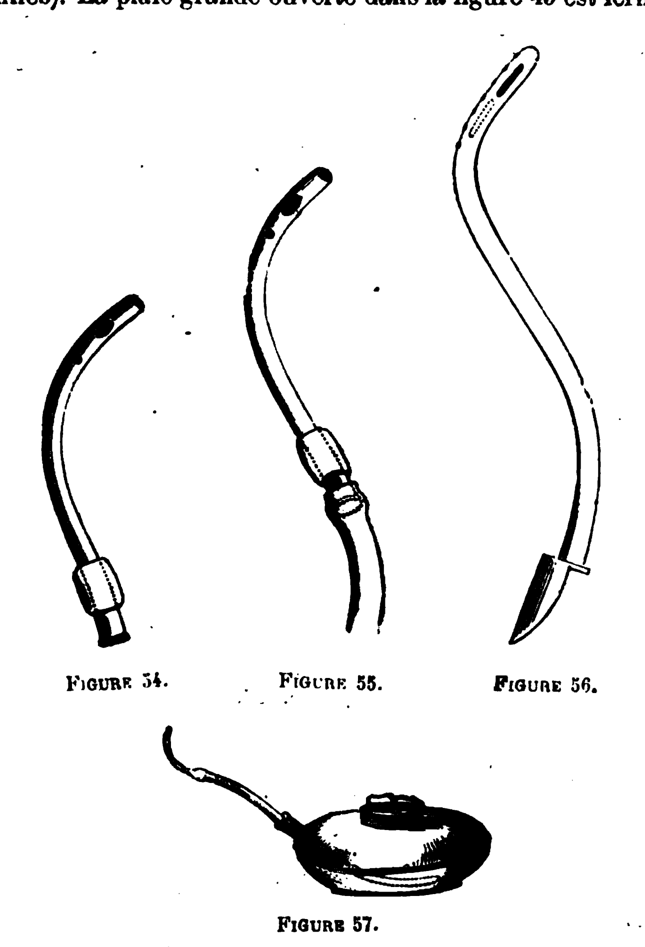


FIGURE 54. FIGURE 55. FIGURE 56.

FIGURE 57.

Sondes à demeure métalliques de Neugebauer. (En demi grandeur naturelle. Voir l'index bibliographique, VIII, XXI, XXIII.)

dans la figure 50, et on voit une série de sutures superficielles à nœud que l'on a ajoutées aux quatre sutures globuleuses profondes.

Les figures 51 et 52 représentent des cas pareils. Les épingles argentées ou d'argent sont les meilleures pour cette suture. La figure 53 représente un cas de suture globuleuse dans un cas de bec-de-lièvre.

Parlons maintenant des *sondes métalliques à demeure* que



FIGURE 58. — *Siphon vaginal pour les injections médicamenteuses.* (Voir l'index bibliographique, XV, XXI, XXIII.)

A, corps de pompe.
B, poignée du piston.
C, col courbé du cylindre vaginal du tuyau D.

L. Neugebauer emploie quelquefois après le cloisonnement des fistules urinaires. Elles se maintiennent elles-mêmes en place.

Ces sondes, dont la plus longue est déjà d'ancienne date (de 1863), sont représentées par les figures 54-57. Leur bout vésical est muni de deux trous de chaque côté et d'un cinquième à l'extrémité libre. L'autre bout de la sonde était muni dans la plus longue sonde d'une demi-douille en forme de gouttière, dans la plus courte la douille est remplacée d'un

renflement qui permet d'y monter un tube en caoutchouc. De plus ce bout est entouré d'un long anneau métallique fixe qui par son poids maintient la sonde en équilibre dans sa position même si la malade se met debout. La figure 55 représente la sonde munie de son tuyau de caoutchouc, enfin la figure 57 montre l'urinoire (en verre, porcelaine, étain ou fer-blanc de forme allongée et lestée d'une plaque de plomb de deux livres environ pour éviter le renversement).

Terminons par la description d'un siphon pour les injections vaginales que la malade se fait elle-même (fig. 58).

Que l'on fasse une injection copieuse ou non, il ne restera dans le vagin que peu de liquide, une quinzaine de grammes environ. Il suffit donc, quand il ne s'agit pas d'une *irrigation*, mais d'une *injection médicamenteuse*, d'injecter une petite quantité de liquide. C'est pourquoi Neugebauer a construit ce siphon spécial, dont le corps de pompe est en étain, la poignée et le cylindre vaginal en buis et le col siphonoïde en corne.

Le corps de pompe peut contenir jusqu'à 100 grammes de liquide. Le cylindre vaginal, dont Neugebauer emploie trois différentes grandeurs, est long de 9 à 10 centimètres. Il a la forme d'un cône tronqué allongé, la grande base en arrière, les arêtes de la petite base arrondies. Le canal du cylindre n'a que trois millimètres de diamètre et se termine par un seul trou.

Tous les appareils décrits sont d'une date plus ou moins ancienne et l'on trouvera leur description spéciale dans les travaux de L. Neugebauer, dont je fais suivre le tableau.

J'ai emprunté les dessins aux différentes petites brochures dans lesquelles ont été publiées ces pièces.

Les principaux de ces instruments ont été fabriqués selon mon indication par A. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie, à Paris, boulevard Saint-Michel, n° 6.

Le dioptre vaginal à trois branches fait par M. Aubry est le modèle de 1863.

D'ailleurs une partie de ces appareils a été faite par les fa-

bricants d'instruments : MM. Mann, Pik, à Varsovie ; Haertel, Pischel, à Breslau; Goldschmidt, Schmidt, Windler, à Berlin; Möcke, à Leipsic; Krohne et Sesemann, à Londres.

Au moment de mettre sous presse, je reçois de M. Bouilly une lettre dans laquelle on trouvera une appréciation du spéculum trivalve.

M. Bouilly a employé récemment cet instrument dans une opération de cloisonnement de fistule vésico-vaginale, à laquelle j'ai assisté à l'hôpital Beaujon.

« Il s'agissait, dit-il, d'une jeune femme de 23 ans, primipare, ayant vu se produire sa fistule vésico-vaginale, il y a trois ans, à la suite d'un accouchement laborieux ayant duré deux jours.

« La fistule vésico-vaginale, d'une hauteur d'environ 3 à 4 centimètres, occupant toute la largeur transversale du vagin, ayant sa lèvre postérieure représentée par le museau de tanche, était tellement vaste que j'eus un moment l'idée de faire l'occlusion du vagin. Néanmoins, après examen répété, je me décidai à faire une tentative d'occlusion directe.

« Une première opération, très laborieuse, de deux heures de durée, fut faite le 12 octobre 1883. Après large avivement, neuf points de suture réunirent la paroi vaginale à la lèvre postérieure du col dont l'orifice fut rejeté dans la vessie.

« Les choses se passèrent le plus simplement du monde; le bénéfice obtenu par cette première tentative fut considérable, mais il persista dans l'angle droit une fistule d'environ 1 centimètre qui laissait couler l'urine dans la station debout.

« Après deux cautérisations inutiles au thermocautère, une nouvelle opération fut pratiquée le 30 novembre.

« C'est alors que votre spéculum à dilatation, se maintenant seul une fois appliqué, me fut du plus grand secours.

« Dans cette cavité profonde, où je ne pouvais plus abaisser les tissus pour ne pas tirailler ma première réunion, je pus, grâce à cet instrument, manœuvrer tout à l'aise. Je puis dire que je fis l'opération sans aides; en une demi-heure je fis l'avivement et passai six points de suture. Je fus frappé

de l'extrême facilité que l'instrument donnait pour aborder les parties et les avoir sous les yeux et sous la main.

« Le résultat définitif fut excellent; à l'ablation des fils, le 7 décembre, tout était parfaitement réuni et je pus renvoyer dans son pays, le 18 décembre, cette malade qui avait toujours été considérée comme incurable, et chez laquelle je n'osais pas espérer un succès aussi complet.

« J'ajoute que dans un cas analogue, non seulement j'emploierai le dioptre de monsieur votre père, mais je me servirai aussi de ses forts instruments de suture, aiguilles et porte-aiguilles. Dans ma première opération, j'ai cassé une aiguille à chas mobile; et, dans la deuxième, une pointe, brisée dans le tissu utérin, y a dû être abandonnée, sans inconvénient du reste. Quand il s'agit de pénétrer le tissu du col ou des tissus résistants, nos aiguilles françaises, très élégantes et très délicates, ne sont pas assez résistantes, et leur manque de force peut créer de sérieuses difficultés opératoires.

« Je vous remercie de nous avoir dotés de nouveaux instruments très commodes et très pratiques, etc. »

De même M. le professeur agrégé Humbert, qui vient d'opérer une vaste fistule vésico-vaginale en s'aidant du dioptre trivalve, nous a fait un grand éloge de cet instrument. Je pourrais citer encore M. Hégar et bien d'autres confrères en gyniatrie, qui n'ont eu qu'à se louer de l'emploi du spéculum trivalve.

---

(1) Voir : François Joseph Deiber. *Essai sur les fistules urinaires vaginales*, Dissertation. Strasbourg, 1827, in-4, p. 26, pl. I, fig. 1.

(2) Voir : Dieffenbach. *Die operative Chirurgie*, Bd. I. Leipzig, 1845, in-8, S. 590.

(3) Le dessin du spéculum de Pitha se trouve dans la brochure : *Preiss-Verzeichniss der gebräuchlichsten chirurgischen Instrumente*, u. s. w, von S. Goldschmidt. Berlin, 1860, in-8, S. 10.

Ludwig Heuberger. Wien, 1850, in-8, S. 13.

(4) Voir : Heuberger. *Loc. cit.*, p. 12.

(5) Voir : E. G. Patrix. *Ueber den Gebärmutterkrebs und die Krankheiten der zum Uterus führenden Theile.* Aus dem Französischen. Leipzig, 1821, in-8, Taf. III, Fig. 3.

(6) Voir : Johann Friedrich Dieffenbach. *Die operative Chirurgie*, Bd. 1 Leipzig, 1845, in-8, S. 586.

(7) Voir : Nevermann : *Bemerkungen über die Specula vaginæ, nebst näherer Angabe zweier der vorzüglichsten.* In *Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, her. von Busch, d'Outrepont u. Ritgen, Bd. IV. Berlin, 1836, S. (99-106) 100, 104, Fig. 1-4.

(8) Voir : François Joseph Deiber. *Loc. cit.*, p. 26-27, pl. 2, fig. 5.

(9) Voir : C. F. Cessner u. *Handbuch der chirurgischen Instrumenten u. Verbandlehre*, 2. Aufl. Wien, 1855, in-8, S. 333.

(10) Voir : Reybard. *Un nouveau procédé de dilatation de la vulve et du vagin.* In *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, A. Martin-Lauzer, 3e année. Paris, 1855, in-8, n° 5, p. 132-133.

L. Matthieu. *Catalogue de la fabrique d'instruments de chirurgie.* Paris, 1858, in-8, p. 34.

(11) Voir : Johann Fr. Dieffenbach. *Loc. cit.*, p. 561.

(12) Voir : Ph. Ricord. *Mémoires et observations*, 1834. — *Beobachtungen über Syphilis u. Tripper,* übersetzt von Eisenmann. Erlangen, 1836, in-8, S. 72 ff. — C.-M. Gibert. *Revue médicale*, 1837. — *Praktische Bemerkungen über die Ulcerationen des Gebärmutterhalses*, u. s. w., von C.-M. Gibert. Aus der *Revue médicale*, 1837. *Analekten für Frauenkrankheiten*, Bd. II, Leipzig, 1840, in-8, S. (484-502) 497, nebst einer Tafel.

(13) Voir : Dieffenbach. *Loc. cit.*, p. 589.

(14) Voir : *Ibidem*, p. 576.

(15) Voir : *Ibidem*, p. 577.

(16) Voir : Berach Gottlob Schreger. *Grundriss der chirurg. Operationen.* Nürnberg, 1825, in-8, S. 101.

Wutzer. *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln*, dans le journal : *Organ für die gesammte Heilkunde*, herausg. von dem Verein Rheinischer Medico-Chirurgen unter Redaction von Jaeger, Neuhausen, u. s. w., 2. Jahrg. Aachen, 1853, in-8, Heft 4.

(17) Voir : Hermann Friedrich Kilian. *Operationslehre für Geburtshelfer*, 2. Theil : *Die rein chirurgischen Operationen des Geburtshelfers.* Bonn, 1856, in-8, S. 348-340, Taf. IV, Fig. 15.

(18) Voir : *Handbuch der operativen Medicin*, u. s. w., nach dem Franzosischen der Bernard u. Huette, frei bearbeitet von Robert Dürr, 2. Aufl. Schwäbuva, Hall in Leipzig, in-8, Bd. II, S. 292-293, Taf. LXXIII, Fig. 2.

(19) Voir : Bernard et Huette. *Loc. cit. Abbildungen der chirurgischen Instrumente*, Taf. XXII, Fig. 3-4.

(20) Voir : Velpeau. *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2e édition. Paris, 1839, p. 437.

(21) Voir : Marion Sims, dans le journal : *American Journal of the medical Science*, 1852. Philadelphia, p. 59.

Comp. : Verneuil. *Des perfectionnements apportés à l'opération de la fistule vésico-vaginale par la chirurgie américaine.* In *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, t. VI, 1859. Paris, in-4, n° 8, p. (119 ss.) 121. — Comparez aussi : *Archives générales de médecine*, avril, 1860. Paris, in-8, p. 461.

(22) Voir : Verneuil. *Loc. cit.*, p. 121. — Voir aussi le dessin du spéculum de Bozemann dans la brochure : *Nachtrag zum Catalog und Preis-Courant, von C. Goldschmidt*, Berlin, 1860, in-8°, S. 10.

(23) Voir : Follin. *Loc. cit.*

(24) Voir : Verneuil. *Loc. cit.*

(25) Ludwik Adolf Neugebauer. *Sprawozdanie z czynnosci Szpitala Swietej Trójcy w Kaliszu w* r. 1855, dans le journal : *Pamietnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*, Serya 2, Tom XII (ogólnego zbioru, tom XXXVI). Warszawa, 1856, str (12-110 i 109-222) 174-183 : *O narzedziach do badania macicy wzrokiem czyli wziernikach macicznych*, Fig. 1 i 2.

Voir aussi : Ludwig Adolf Neugebauer, dans le mémoire : *Amtlicher Bericht über die* 32. *Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte* zu Wien, im September 1856, herausg. von Hyrtl u. Schroetter, Wien, 1858, in-4, S. 225-237, Fig. 1-2.

(26) Voir : F. Esmarch. *Ueber die Operation der Blasenscheidenfisteln, Deutsche Klinik. Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken u. Krankenhäusern*, 1858. Berlin, In-4, n° 27, S. 263.

(27) Baron Heurteloup. *De la suture profonde. Journal des Connaissances médico-chirurgicales. Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, publiée par A. Martin-Lauzer, t. IV. Paris, 1836, in-8, n° 2, p. 29-33.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

SUR LES TRAVAUX DE L. NEUGEBAUER MENTIONNÉS DANS LA PRÉCÉDENTE COMMUNICATION.

I. — *Sprawozdanie z czynnosci Szpitala Swietéj Trójcy w Kaliszu w roku* 1855. Pamietnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Tom XXXVI. Warszawa, 1856, in-8 (Str. 12-110 i 169-219). Stronica 171-183. *O narzedziach do badania macicy wzrokiem czyli wziernikach macicznych*. Fig. 1-4.

II. — *Sprawozdanie z czynnosci Szpitala Swietej Trójcy w Kaliszu w roku* 1856. Pam. Tow. Lek. Warszawskiego. Tom XXXVIII. Warszawa, 1857 in-8, Str. 235-261.

III. — *Ein neuer Mutterspiegel.* Dans le mémoire : *Amtlicher Bericht über die zwei u. dreissigste Versammlung deutscher Naturforscher und Aertze zu Wien,* im September 1856, herausgegeben von Hyrtl u. Schrötter. Wien, 1858, in-4, S. 225-237, mit einer Tafel Abbildungen.

IV. — *Nowy sposób robienia krwawego szwu krocza i sromu.* Pam. Tow. Lek. Warszawskiego. Tom XLIII. Warszawa, 1860, in-8, Str. 387-412, Z rycinami.

Le même mémoire est publié dans le journal : Rocznik Ces. Krol. Towazystwa Naukowego Krakowskiego. Tom XXVII. Kraków, 1860, in-8, str. 296-320. *Nowy sposób robienia szwu krocza i sromu,* z figurami chromolitografowanemi.

V. — *Neue Methode der blutigen Dammnaht und der blutigen Naht überhaupt.* Dans le journal : *Königsberger medicinische Jahrbücher*, Jahrgang 1861. Konigsberg, in-8.

Le même mémoire est publié dans le journal : *Medizinisch-chirurgische Rundschau, Monatsschrift für die gesammte praktische Heilkunde des In u. Auslandes.* Redakteur : Markbreiter. Mitredakteur : Schnitzler. Jahrg. 3, Bd. II, Heft 3, juni 1862. Wien, in-8, S. 161-176.

VI. — *Nowy sposób ulatwienia operacyi przetoki pecherzopochwowej.* Pam. Tow. Lekarskiego Warszawskiego. Tom XLV. Warszawa, 1861, in-8, str. 1-21, z drzeworytami w tekscie.

VII. — *Beitrag zur Lehre von der stellbaren Kugelnaht.* Dans le journal : *Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien.* Redigirt von Duchek, Schauenstein, Jahrg. 1863. Wien, in-8, N° 32, S. 249-252, N° 33, S. 257-260, mit 4 Holzschnitten.

VIII. — *O zarosnieciu cewki moczowej u niewiast, z przytoczeniem trzech pomyslnie uleczonych przypadków przetoki pecherzo-pochwowej powiklanej z tem cierpieniem.* Tygodnik Lekarski. Redaktor : Natanson. Rok 18, 1864. Warszawa, in-4, N° 10, str. 73-75 ; N° 16, str. 82-85 ; N° 14, str. 106-110 ; N° 15, str. 115-119 ; N° 6, str. 123-125, z drzeworytami w tekscie.

IX. — *Beitrag zur Lehre von der durch partielle Verwachsung der Rima vulvæ erschwerten Geburt.* Mit 3 Tafeln Abbildungen. Dans le journal : *Klinische Beiträge zur Gynäkologie,* unter Redaction von W. A. Freund, herausgegeben von J. W. Betschler, W. A. Freund u. M. B. Freund, Heft 3. Breslau, 1865, in-8, S. 1-42, Taf. 1-3.

X. — *Postrzezenia dotyczace nauki o zarosnieniu pochwy macicznej.* Dans le journal : *Gazeta Lekarska,* pismo tygodniowe poswiecone wszystkim galeziom umijetnosci lekarskiej, farmacyi i weterynarji. Redakcye skladaje : Brodowski, Chojnowski Girsztowt i. t.d. Tom I. Warszawa, 1866, in-8. N° 7, str. 106-108 ; N° 8, str. 125-127 ; N° 11, str. 172-174 ; N° 24, str. 377-380 ; N. 26, str. 407-411, z drzeworytami w tekscie.

XI. — *Przeglad wazniejszych przypadkow chirurgicznych leczonych w roku 1862 do 1866 w szpitalu S-go Ducha w Warszawie.* Dans le journal : *Gazeta*

Lekarska. T. II. Warszawa, 1867, in-8. N° 35, str. 556-560; N° 36, str. 570-573; N° 40, str. 634-640; N° 41, str. 653-657; N° 43, str. 679-684, z 5 drzeworytami w tekscie.

XII. — *Sprawozdanie z przypadków gyniatrycznych w ciagu lat* 1862-1866 *w Szpitalu S-go Ducha w Warszawie leczonych*. Dans le journal: *Gazeta Lekarska*. Warszawa, in-8, Tom III, 1867, N° 21, str. 333 336. — *Przetoki moczowe* (*fistulæ urinariæ*) — *przetoki moczowodopecherzowe* (*fistulæ uretero-vaginales*), Tom IV, 1868, N° 30, str. 478-483. — Tom V, 1868, N° 18, str. 277-280. — Tom VI, 1869, N° 28, str. 435-418; N° 33, str. 513-517; N. 41, str. 669-672; N. 44, str. 736-740. — *Opadnienie i wypadnienie macicy* (*descensus et prolapsus uteri*). — Tom VIII, 1870, N° 31, str. 513-515. — *Rozdarcie przegrody pochwo-wypustniczej i sródkrocza* (*ruptura septi rectovaginalis et perinei*, N° 37, str. 609-613. — Tom IX, 1870, N° 12, str 177-180. — *Przetoka pecherzo-maciczna* (*fistula vesico-uterina*). N° 19-2!. — Tom X, 1871, N. 50, str. 788-790. — Tom XI, 1871, N° 1. — Tom XII, 1872, N° 1-2, étc., etc. — Oddzielne odbicie. Warszawa, 1873, 92 stronic, in-8.

XIII. — *Sprawozdanie z wazniejszych operacyj gyniatrycznych w roku* 1867 *w Szpitalu S-go Ducha w Warszawie dokonanych*. Pam. Tow. Lek. Warszawskiego. Rok 31, Tom LIX. Warszawa, 1868, in-8, Str. 225-241.

XIV. — *Sprawozdanie z operacyj gyniatrycznych w roku* 1868 *w Szpitalu S-ga Ducha w Warszawie dokonanych*. Pam. Tow. Lek. Warszawskiego. Warszawa, in8, Tom LXII, 1869, str. 632-648 i Tom LXIII, 1870, str. 12-26.

XV. — *Najpraktyczniejszy sposób stosowania wstrzykiwan leczniczych do pochwy*. Pam. Tow. Lek. Warszawskiego. Warszawa, in-8, Tom LXIII, 1870, str. 225-226 i Tom LXIV, 1870, str. 284, z drzeworytem w tekscie.

XVI. — *Sprawozdanie z wajzniejszych przypadków operacyjnic leczonych w oddziale gyniatryczno-chirurgicznym Szpitala S-go Ducha w Warszawie* (*za rok* 1969). Pam. Tow. Lek. Warszawskiego. Warszawa, 1870, in-8, str. 172-187, 236-250, 292-312, z drzeworytami w tekscie.

XVII. — *Przyrodzone wynicowanie pecherza moczowego oraz wypadniecie macicy* (*exstrophia congenita vesicæ urinariæ cum prolapsu uteri*). Pam. Tow. Lek. Warszawskiego. Warszawa, in-8, Tom LXIV, 1870, zeszyt 6, str. 5-8 i 281, i Tom LXV, 1871, str. 191.

XVIII. — *Przypadek przetoki pecherzo-macicznej*. Pam. Tow. Lek. Warszawskiego. Tom LXV. Warszawa, 1871, in-8, Str. 24-26 i 121-122.

XIX. — *Sprawozdanie z przypadków gyniatrycznych w roku* 1870 *operacyjnym sposobem leczonych w Szpitalu S-go Ducha w Warszawie*. Pam. Tow. Lek. Warszawskiego. Tom LXVI. Warszawa, 1871, in-8, str. 92-98, 121-136, 198-209, 237-248.

XX. — *Sprawozdanie z przypadków gyniatrycznych leczonych operacyjnie w Szpitalu S-go Ducha za lata* 1871 *i* 1872. Pam. Tow. Lek. Warszawskiego, wydawany pod redakcja Feliksa Nawrockiego. Rok, 1873 (Ogolnego zbioru. Tom LXIX). Warszawa, in-8, zeszyt 4, str. 357-387.

XXI. — *Figury niektórych z wazniejsnych narzedzi uzywanych przy leczeniu chorób wlasciwych plci zenskiej*. Pam. Tow. Lek. Warszawskiego. Rok, 1873, Tom LXIX, zeszyt 4, str. 444-466, 40 drzeworytow.

XXII. — *Fizjologia i dyetetyka ciazy, porodu i pologu*. Z 302 dzeworytami w tekscie. Voir dans l'ouvrage intitulé : *Biblioteka umiejetnosci lekarskich, wydanie Redakcji Gazety Lekarskiej*. Redaktor i wydawca : Girsztowt. Akuszerja, Tom I. Warszawa, 1874, 836 stronic, in-8.

XXIII. — **Отчетъ о гиніатрическихъ операціяхъ произведенныхъ въ теченіи 1876. года въ Больницѣ святаго Духа Докторомъ Людовикомъ Нейгебауэрамъ. Современная Медицина, еженедѣльная газета для врачей. Годъ 18. Варшава. 1877. 8°. № 10-15, 18 22.**

XXIV. — *Ueber die Blasenscheidenfisteloperation und über Elytrorrhaphia mediana*. Congrès périodique international des sciences médicales, 6e session. Amsterdam, septembre 1879. Compte rendu par M. Güye et M. M. de Perrot, Stokvis et Zeemann. Amsterdam, 1880, p. 507-511.

XXV. — *Einige Worte über die mediane Vaginalnaht als Mittel zur Beseitigung des Gebärmuttervorfalles*. Dans le journal : *Centralblatt für Gynäkologie*, herausg. von H. Fehling u. H. Fritsch, V Jahrg. Leipzig, 1881, in-8, N° 1, S. 3-8 ; N° 2.S. 25-33, mit 28 Abbildungen.

XXVI. — *Posródkowe zeszycie pochwy (Elytrorrhaphia mediana sive elytrocleisis partialis mediana) jako nowy sposób leczenia wypadniecia macicy*. Pam. Tow. Lek. Warszawkiego, Tom LXXVI. Warszawa, 1880, in-8, str. 269-316 i str. 517-572.

XXVII. — *O narzedziach starozytnych chirurgicznych i gyniatrycznych odnalezionych w ruinach miast rzymskich Pompeji i Herkulaneum*. Przyczynek do historyi chirurgii i gynijatryki, z 90 drzeworytami w tekscie. Pam. Tow. Lek. Warszawskiego, Tom. LXXVIII. Warszawa, 1882, .in-8, str. 441-498 i 675-785.

XXVIII. — *Fall von unheilbarer Vesicovaginalfistel, in welchem sich nach Beseitigung der das Leiden begleitenden Harnincontinenz durch operativen Verschluss des Vaginalkanales nachträglich ein grosser Harnstein in der Vesicovaginalhöhle gebildet hat*. Dans le journal : *Centralblatt f. Gynäkologie*, 1883, *Gazeta Lekarska*, N° 9, p. 137-142.

XXIX. — *Przypadek nieuleczalnej przetoki pecherzo-pochwowej, zaszycie kanalu pochwowego, wytworzenie sie kamienia w jamie pecherzo-pochwowej, wydobycie kamienia, powtórne zaszycie pochwy. Wyleczenie*. Dans le journal: *Gazeta Lekarska*. Warszawa, in-8, 1883.

XXX. — *Dalszy przyczynek do nauki o posródkowem zeszyciu pochwy (Elytrorrhaphia sive colporrhaphia mediana) jano srodku do wyleczenia wypadniecia macicy*. Dans le journal : *Gazeta Lekarska*. Warszawa, in-8 1884.

REVUE CLINIQUE.

MATERNITÉ DE L'HOPITAL BEAUJON. — SERVICE DE M. LE Dr GOMBAULT.

NOTE SUR UN CAS DE RUPTURE COMPLÈTE DE L'UTÉRUS (1),

Par **L. Sechéyron**, interne des hôpitaux.

Utérus bifide. — Passage du fœtus et de ses annexes dans la cavité péritonéale. — Extraction par les voies génitales. — Mort le 9e jour.

La malformation de l'utérus — utérus bifide, bilobé — est assez fréquente, mais les cas de rupture dans une anomalie semblable de l'utérus sont fort rares; aussi doivent-elles être signalées avec soin. Notre observation est en beaucoup de points analogue à celles publiées par Olivier d'Angers et Depaul.

La nommée P..., âgée de 22 ans, ménagère, entre le 25 février, à la salle d'accouchements, service de M. le Dr Gombault.

C'est une femme brune, d'aspect vigoureux, ayant toujours vécu à la campagne, jusqu'à l'âge de 18 ans, n'ayant été atteinte, dans son enfance, d'aucune affection grave, ne présentant aucune trace de scrofule, ni de syphilis.

Elle fut réglée, pour la première fois, à l'âge de 18 ans; la menstruation fut régulière. Vers la fin de l'année 1880, elle devint enceinte, pour la première fois.

Après une grossesse qui évolua normalement, *elle accoucha à terme et le travail dura huit heures environ.* Les suites de couches furent des plus régulières, et notre malade put reprendre son travail le douzième jour. Les règles se reproduisirent avec régularité; la malade ne souffrit jamais de pertes blanches, ou d'affections nécessitant des soins médicaux.

(1) Pièce présentée à la Société anatomique, séance du 14 mars 1881.

En 1883, ses règles apparaissent le 20 juin, et ne se reproduisent plus; P... était une seconde fois enceinte. Cette seconde grossesse évolua régulièrement jusqu'au septième mois. P... put continuer à travailler chez ses maîtres ; à partir de cette époque seulement, elle dut se borner aux soins de son ménage. Depuis deux mois, la miction était souvent difficile et douloureuse, et la malade éprouvait une douleur vive au niveau du flanc droit; ajoutons que des varices s'étaient développées, surtout à droite, et que deux gros cordons veineux se dessinaient à la partie antéro-interne de la jambe et de la cuisse de ce côté.

Le jeudi soir, 21 février, cette femme était, si nous nous en rapportons seulement à la date de ses règles, arrivée au huitième mois de sa grossesse. Son état général était excellent, et P... pouvait, sans inconvénient, vaquer aux soins du ménage.

Le vendredi, 22 février, elle perdit l'équilibre en se levant; se redressant alors, dans un violent effort, elle perçut un craquement au niveau du flanc droit, et ressentit aussitôt une vive douleur dans ce point.

Après quelques instants de repos au lit, elle put de nouveau marcher, et même faire une longue promenade dans Paris. Cependant, la douleur, toujours localisée à droite, devenait de plus en plus vive. Pendant la nuit du 22 au 23, durant la journée du samedi, cette même douleur persista, s'aggrava même, après un bain de courte durée, que crut devoir prendre la malade.

Bien que P... ne reconnût pas dans la douleur qu'elle éprouvait les *douleurs de l'accouchement*, elle se présenta, le 24 février, chez une sage-femme, qui, en raison des douleurs, de la pâleur de la malade, la conduisit, le 25 février, à l'hôpital Beaujon. Le trajet put être effectué à pied, mais avec beaucoup de peine.

Nous la trouvons pâle, les traits tirés, les yeux fatigués, la peau présentant une teinte ictérique blafarde; tout dans son habitus dénotait une vive souffrance.

A l'inspection, l'abdomen paraît distendu, surtout suivant son diamètre transversal. Le palper est douloureux, mais permet néanmoins de reconnaître que l'enfant se présente par l'épaule. Ne voulant pas prolonger l'examen, nous restons dans le doute, sur la position du fœtus. L'auscultation ne nous fournit que des résultats négatifs. Au toucher, le col est normal, long d'un centimètre; son orifice externe est entr'ouvert et admet l'extrémité de l'index; nous ne pouvons sentir aucune partie fœtale engagée.

La malade, du reste, nous affirme n'avoir pas perçu les mouvements de son enfant, n'avoir point perdu d'eaux et n'avoir éprouvé aucune hémorrhagie par les voies génitales.

La malade avait taché de sang à peine quelques linges chez elle, deux ou trois taches de sang sur les draps, chez la sage-femme.

En résumé, après une grossesse normale, arrivée au huitième mois, notre malade se présentait à l'hôpital, n'étant pas en travail, mais ayant éprouvé il y a 4 jours pendant un violent effort, une vive douleur à droite, douleur persistante. Quoique notre malade n'eût pas de fièvre, son état général paraissait profondément altéré. L'enfant, mort, se présentait par l'épaule, et on n'avait constaté ni hémorrhagie, ni écoulement de liquide.

Pendant les journées des lundi et mardi, 25-26 février, la malade resta à la salle d'accouchements, continuant à éprouver des douleurs que calmèrent momentanément deux lavements avec 12 gouttes de laudanum.Le mardi, à 10 heures du soir, les douleurs devinrent intolérables, et je crus devoir, avec mes excellents collègues Ayrolles et Bouthier, procéder à un examen définitif qui nous permit d'adopter un mode de traitement.

Par le palper et le toucher, je trouvai la situation tellement modifiée, l'état général était devenu si grave, que je fis immédiatement demander M. Bar, accoucheur des hôpitaux.

État de la malade. — Opération. — A l'arrivée de M. Bar, la femme paraissait épuisée. Elle se plaignait d'étouffements, de douleurs dans tout l'abdomen, surtout dans le flanc droit. Le ventre était ballonné. Le visage de la malade présentait tous les caractères du facies péritonéal.

Le moindre attouchement étant douloureux, P... fut anesthésiée.

A l'inspection, M. Bar reconnut la présence d'un météorisme accentué, surtout à la partie supérieure de l'abdomen, qui se trouvait élargie. La percussion, le palper, ne firent reconnaître, en ce point, que des anses intestinales tympanisées.

Au niveau de l'ombilic et de toute la région hypogastrique, le palper devenait facile,et il était aisé de deprimer la paroi abdominale antérieure, jusque sur la colonne vertébrale. On pouvait ainsi reconnaître la matrice qui, inclinée à gauche, se présentait avec tous les caractères (forme, volume) de l'utérus d'une femme qui vient d'être délivrée; par l'auscultation, on ne percevait en aucun point les battements du cœur fœtal. Le toucher devait fournir les renseignements les

plus importants. Le col était dilatable et formait un anneau parfaitement complet.

La main (car, le diagnostic paraissant délicat, on pratiquait le toucher manuel) après avoir franchi le col, reconnaissait à droite une tumeur aplatie, de forme ovalaire, mesurant dans son diamètre, 5 à 6 centitres environ. Cette tumeur offrait à son extrémité inférieure un orifice qui admettait la pulpe du doigt et se continuait, sans ligne de démarcation, avec le col utérin; à gauche, on sentait une masse très volumineuse qui, sans aucun doute, constituait le corps utérin. On pénétrait dans son intérieur par un orifice qui, à gauche, se continuait aussi avec le col, et se terminait vers la ligne médiane, par un bord abrupt.

Entre les deux masses que nous venons de décrire, existait un large orifice limité en avant et en arrière par les parois antérieure et postérieure du col.

Cet orifice admettait le passage de la main qui pouvait ainsi facilement pénétrer dans la cavité abdominale, reconnaître en arrière le rectum et le promontoire, en haut le mésentère et les anses intestinales, et toucher en avant la face postérieure de la paroi antérieure de l'abdomen.

Un aide pressant alors sur les régions de l'épigastre et des hypochondres, abaissa le fœtus que la main, introduite dans la cavité péritonéale, n'avait pu atteindre et dont la présence, la situation se trouvaient masquées au palper et à la percussion par le météorisme des anses intestinales. Il était dès lors facile d'atteindre un pied, de faire, par des tractions lentes et soutenues, passer tout le fœtus à travers la déchirure utérine et les voies génitales. Il suffit de quelques tractions exercées sur le cordon pour délivrer définitivement la femme et enlever le placenta et les membranes qui avaient suivi le fœtus dans le péritoine (1).

---

(1) Fœtus, sexe féminin, bien conformé, taille moyenne.

Poids : 2,250 gr., fœtus.

350 gr., placenta et cordon.

Le fœtus paraît avoir macéré deux à trois jours; desquamation des jambes complète; épiderme enlevé par plaques sur le cou et le tronc, cependant la cornée n'est pas flétrie; les cheveux sont assez adhérents au cuir chevelu. L'estomac renferme une demi-cuillerée à café de liquide sanguinolent, épais, d'un rouge brique sale. Gros intestin distendu par du méconium. Thromboses dans les vaisseaux coronaires et les artères cérébrales

Après cette extraction, M. Bar fit dans la cavité péritonéale une abondante injection phéniquée, 5 0/0. Le liquide entraîna un cotylédon qui s'était détaché du placenta et quelques débris membraneux.

L'opération était terminée.

En somme, nous nous étions trouvé en présence d'un utérus bifide, présentant, ainsi que la figure ci-jointe le démontre, une large rupture siégeant au point d'intersection des deux cornes utérines, avec issue du fœtus et de ses annexes, dans la cavité péritonéale.

Si nous nous en rapportons aux renseignements qui nous ont été fournis par l'interrogation, il paraît légitime d'admettre que le travail de l'accouchement, commencé le 23 février, il y a quatre jours, à la suite de l'effort et du craquement consécutif, s'est terminé le dimanche soir ou dans la nuit du lundi, chez la sage-femme, par la rupture de l'utérus, et le passage de l'enfant entraînant rapidement avec lui le placenta à travers la perforation.

Traitement consécutif. — Après l'opération, la malade est dans le collapsus. Respiration accélérée, 55; pouls petit, filiforme, 125.

Boissons toniques excitantes : rhum, café, injection hypodermique d'éther (2 seringues Pravaz).

Aussitôt est institué un traitement énergique. Injection intra-utérine abondante au sublimé 1/2000e, répétée 7 à 8 fois durant chaque intervalle de vingt-quatre heures ; cataplasme de glace pilée sur le ventre; injection hypodermique de morphine, 1/50e (une seringue Pravaz par jour en trois fois environ).

L'eau du lavage entraîne les quatre à cinq premiers jours des détritus nombreux, incolores ou rosés, et quelques caillots de sang.

Après chaque lavage, la malade se trouve soulagée, et attend avec impatience le lavage suivant.

Pendant une période de quatre jours, jusqu'au samedi 1er mars, toute espérance de salut n'était pas perdue; la malade présentait un visage calme; la face, légèrement colorée, avait un fond blafard à teinte subictérique : la langue était toujours nette et humide; la malade prenait du lait, des bouillons, du jus de viande, éprouvait seulement quelques nausées, sans vomissements.

Cependant elle était tourmentée par une sensation d'étouffements, par des douleurs passagères qu'elle rapportait à des coliques abdominales et par un point de côté fixe au-dessous des fausses côtes gauches.

Dès le premier jour, elle eut des selles abondantes liquides, très fétides.

Une parésie vésicale nécessitait le cathétérisme. Urines claires assez abondantes, sans pigments ni acides biliaires.

Dimanche, 2 mars, la situation était sensiblement empirée; le facies péritonéal s'accusait : face pâle, terne, sillons accentués, nez effilé, mouvements fibrillaires des lèvres.

La soif était vive, l'abdomen météorisé et très douloureux.

Les selles se montrèrent moins abondantes, mais fétides.

Enfin la courbe de la température, qui avait oscillé entre 38 et 39°, s'éleva entre 39 et 40°.

Malgré le traitement si actif, auquel fut ajouté par jour 1 gramme de sulfate de quinine, l'état général alla s'aggravant, les forces diminuèrent, la respiration devint très précipitée, le pouls perdit toute force d'impulsion. Le météorisme augmenta; toutefois, les douleurs abdominales devinrent moins marquées.

Les selles, liquides, noires, fétides, se déclarèrent presque incessantes.

La malade, très affaiblie, affaissée dans une sorte de demi-sommeil, s'éteignit sans souffrance, ayant conservé jusqu'à sa mort pleine connaissance.

Dans la soirée du 6 mars elle succomba, douze jours après avoir ressenti le craquement, point de départ probable de la rupture ou du moins du travail si malheureusement terminé.

Autopsie. — Trente-six heures après la mort.

Abdomen. — Le grand épiploon épaissi est réuni par de lâches adhérences aux deux feuillets du péritoine, surtout au feuillet pariétal.

Les anses intestinales, distendues, agglomérées entre elles par des adhérences fibrineuses, faciles à rompre, ne forment qu'une masse; en plusieurs points, cæcum, côlon ascendant, en avant des reins; les adhérences constituent une véritable coque épaisse de 1 à 2 centimètres.

Dans la région de la vésicule biliaire, les adhérences au côlon sont molles, infiltrées de liquide purulent gélatiniforme.

L'estomac est entouré d'adhérences qui unissent cet organe au diaphragme, à la rate, au côlon transverse; sa surface externe apparait comme villeuse après la séparation des adhérences.

L'intérêt se concentre sur les organes du petit bassin.

Le péritoine pelvien est épaissi, noirâtre, adhérent aux organes sous-jacents.

Le cul-de-sac recto-utérin renferme quelques détritus noirs; on ne constate ni liquide, ni caillots.

L'utérus paraît bilobé ; le lobe gauche, du volume du poing, a son axe incliné de gauche à droite et légèrement d'avant en arrière.

Le lobe droit est moins apparent. Il est placé sur un plan postérieur au lobe gauche dont le bord externe paraît avoir subi un léger mouvement de rotation de gauche à droite et d'arrière en avant.

L'ovoïde droit, du volume d'une grosse noix, est caché en partie par une bride péritonéale vésico-rectale.

Cette bride se termine en avant sur la paroi postérieure de la vessie, où ses faisceaux semblent s'épanouir sous le péritoine qui recouvre cet organe; en arrière, elle prend son insertion sur le côté droit du mésorectum, près de la ligne médiane. Sa continuité avec le mésorectum est très nette : on voit des faisceaux de fibres de la bride se diriger vers le fond du cul-de-sac recto-utérin et se mêler aux fibres qui font une légère saillie sous la couche péritonéalé.

Cette bride est adossée à la face interne de l'ovoïde droit, et lui forme comme une sangle. Son bord inférieur s'étend jusqu'au point de réunion des deux lobes, au niveau de la terminaison de la rupture.

Cette bride ne devient libre qu'au niveau de la face antérieure de l'utérus; elle forme comme un pont au-dessus du cul-de-sac recto-utérin. On comprend la possibilité de l'étranglement d'une anse intestinale qui se serait engagée au-dessous de la bride.

Chaque lobe utérin est muni d'un ligament rond, d'une trompe terminée par un pavillon frangé et d'un ovaire. Trompe, pavillon, ovaire sont unis entre eux par des adhérences récentes. La trompe gauche, de la grosseur du petit doigt, a manifestement participé de l'hypertrophie du lobe utérin gauche.

L'examen des surfaces internes donne les résultats suivants :

Le vagin est normal.

Les culs-de-sac du vagin ne sont pas complètement effacés.

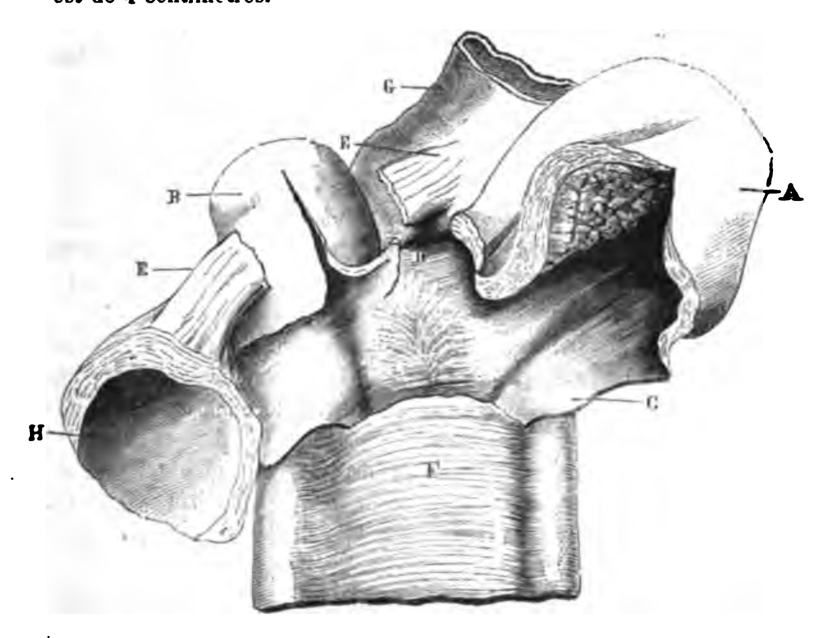
Le col de l'utérus est assez entr'ouvert pour laisser passer l'index.

L'index traverse d'abord une sorte de canal de 5 centimètres au long et arrive jusqu'à un orifice, point de la rupture, situé entre les deux ovoïdes, au niveau de leur réunion.

Le col est fendu jusqu'au siège de la rupture ; l'ovoïde gauche est ouvert vers la ligne médiane.

Il est possible ainsi de se rendre compte du siège, de la disposition, de l'étendue de la déchirure.

La rupture siège à la partie interne et inférieure de l'ovoïde gauche; le lobe droit ne paraît pas atteint ; à droite, en effet, la rupture se termine exactement au niveau de la bride. Les bords de la déchirure, épais de 3 millimètres, sont irréguliers, déchiquetés ; leur longueur est de 4 centimètres.



Rupture utérine : utérus bilobé.

A, lobe gauche (gravide). — B, lobe droit. — C, col de l'utérus. — D, siège de la rupture. — E, bride vésico-rectale. — F, vagin. — G, rectum. — H, partie droite de la vessie sectionnée.

La bifidité offre des caractères aussi tranchés sur la face interne de l'utérus que sur la face externe.

Le col est commun. Entre la rupture et la limite supérieure du col existe une portion commune pour les deux ovoïdes : les différences de la muqueuse du col et du corps indiquent bien ce fait.

L'ovoïde gauche renferme, adhérents à la muqueuse, sous forme de bourgeons, des restes du placenta.

L'épaisseur des parois de l'ovoïde de ce côté est triple de celle de l'ovoïde droit. Cette épaisseur n'est pas uniforme. Vers la partie inférieure, près de la rupture, on constate un amincissement tel qu'en ce point la paroi offre une épaisseur à peine supérieure à celle de l'ovoïde droit (1).

Le rectum n'offre pas de particularité à signaler.

Quelques adhérences à la plèvre gauche.

Le diaphragme gauche est épaissi, gris noir à la coupe. A sa face inférieure, il est couvert de néo-membranes qui l'unissent aux épiploons entourant la rate et l'estomac.

Poumons et cœur paraissent sains.

Quelques ecchymoses au péricarde.

Reins : poids, 120 grammes ; normaux à la coupe.

Foie : jaune, gros, lisse, onctueux à la coupe.

Encéphale, 1,250 grammes; circonvolutions cérébrales normales, bien dessinées.

---

(1)

Utérus.	*Corps....*	*Lobe gauche....*	Épaisseur.......	7 millimètres environ.
			Hauteur........	8 centimètres.
			Largeur. .. .. (Diam. ant. post.)	6 —
		Lobe droit.	Épaisseur.......	2 à 3 millimètres.
			Hauteur........	4 centimètres.
			Largeur........ (Diam. ant. post.)	3 —
	Col......		Distance entre le vagin et le col...	11 —
			Largeur du col...................	5 —
			Hauteur du col...................	3 —
			Dist. entre col (bord int.) et perfor. (Portion du corps commune aux deux lobes.)	17 millimètres.
Trompe gauche...			Longueur........................	6 centimètres.
			Circonférence....................	25 millimètres.
Perforation..			Circonférence....................	4 centimètres.
Bride péritonéale.			Longueur........................	5 —
			Hauteur.........................	2 —

Réflexions. — Cette observation offre plusieurs points anatomiques et cliniques qui méritent d'être mis en relief.

L'anomalie de l'utérus (utérus bilobé) et la bride péritonéale vésico-rectale appliquée entre les deux lobes paraissent avoir été deux éléments importants dans la pathogénie de la rupture.

L'utérus bicorne, est, par le seul fait de sa conformation, exposé à la rupture, car il existe un point faible au niveau de la jonction des deux lobes. La différence d'épaisseur et de résistance des parois utérines est d'autant plus accentuée qu'on se rapproche de ce point.

Cette partie de l'utérus est encore menacéé de rupture; car elle se trouve appelée à supporter toute la pression de la tête au moment des contractions des fibres du segment supérieur de l'utérus et pendant la période de dilatation du col.

Cette pression doit être à son maximum au niveau de la jonction.

Dans le cas actuel, le siège de la rupture se trouvait indiqué par la bride péritonéale. A son niveau, en effet, le tissu utérin a été rompu.

Cette bride, dépendant du péritoine, renfermant des fibres lisses (examen au microscope), sans connexion directe avec l'utérus, a joué un grand rôle dans la pathogénie de la rupture. Elle avait, pendant la grossesse, conservé toute son inextensibilité ; aussi devait-elle constituer une sorte de barrière empêchant la progression du fœtus, et s'opposant à la dilatation du col de l'utérus sous-jacent au moment de l'engagement de la tête ou de toute autre partie fœtale. Les parois utérines se sont rompues sur elle comme en présence d'une arête résistante.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur la description de la formation de cette bride, sur son rôle dans la malformation utérine et dans la pathogénie des ruptures de l'utérus bifide, nous réservant d'exposer cette étude dans un prochain mémoire.

La rupture utérine a donc été dans notre cas spontanée et paraît devoir être rattachée à la malformation.

En pleine santé, à l'occasion d'un effort, sont survenus deux ordres de phénomènes : douleur vive, paroxystique, étendue à tout l'abdomen, et état général inquiétant avec faciès péritonéal.

Cet ensemble de symptômes graves était d'une interprétation difficile, et le diagnostic ne pouvait être fait qu'à l'aide du toucher manuel pendant l'anesthésie. La rupture fut ainsi démontrée, et l'existence de l'anomalie utérine considérée comme très probable.

Les difficultés du diagnostic furent vaincues. Mais il restait à décider la meilleure méthode de traitement à suivre. Le fœtus, placé très haut dans l'abdomen, à peu près couché en travers sous le diaphragme, devait-il être extrait ? ou bien fallait-il se tenir dans la réserve, affronter les chances d'un enkystement du fœtus au milieu des anses intestinales ? On conçoit que cette conduite était trop dangereuse, les chances de survie pour la mère trop minimes. L'extraction du fœtus hors de l'abdomen s'imposait. Deux méthodes se présentaient à l'opérateur : l'enfant pouvait être extrait par la voie abdominale, ou par les voies génitales, à travers la rupture utérine.

La première méthode était périlleuse. Au reste, cette opération se trouvait jugée et discutée en ces termes par le Dr Bar. (*Des méthodes antiseptiques en obstétrique*, page 247.)

« Faut-il toujours avoir recours à la gastrotomie dans le cas de rupture ? Dans des cas comme le nôtre, il paraît nécessaire de faire la gastrotomie, qui seule permettra de laver complètement le sérum et de ne laisser dans le péritoine aucune trace de sang ni de substance susceptible de se putréfier ; si on s'est décidé à faire cette opération, doit-on, après avoir extrait l'enfant et avoir fait la toilette du péritoine, suturer la plaie utérine, ou bien doit-on pratiquer l'hystérectomie par la méthode de Porro ?

« La suture utérine, dans ces cas, échouerait presque fatalement, à cause des irrégularités de la plaie et de l'état contus de ses lèvres ; reste donc l'ablation du corps de l'utérus par la méthode de Porro. Ici, les résultats obtenus paraissent avoir

été excellents. Il semble donc que l'ablation de l'utérus soit le complément indispensable de la gastrotomie dans le cas de rupture utérine.

« Mais la gastrotomie est, il faut bien le reconnaître, un nouveau traumatisme, qui vient s'ajouter à celui qui résulte d'un accouchement long et laborieux. »

L'antisepsie place les opérées dans les meilleures conditions de survie — les succès dus à cette méthode se multiplient chaque jour — mais, à côté de la septicémie, existe un danger immédiat dont la gravité éveillait toute la sollicitude des anciens : le choc traumatique. Cet accident redoutable, brutal, était à craindre chez notre malade dont la vie était si gravement compromise. Une grande opération dans des conditions aussi défectueuses ne pouvait manquer de diminuer encore les chances de survie déjà si minimes.

La méthode d'extraction par les voies génitales semblait donc très rationnelle et devait être tentée. L'opération eut un plein succès.

Le traitement consécutif devait être antiseptique.

Le drainage péritonéal ne put être effectué que le premier jour.

Des lavages intra-utérins avec une solution au sublimé (1/2000) furent pratiqués jour et nuit après chaque période de trois heures environ.

Malheureusement, une complication enleva toutes les chances du succès espéré les premiers jours. Sur la face interne du lobe droit de l'utérus, était resté adhérent un cotylédon placentaire. L'infection, qui a entraîné la mort lente, a eu, selon toute probabilité, son origine en ce point.

Les accidents redoutables de péritonite aiguë avaient été écartés. Une espérance de salut devenait donc fondée. Cet exemple de mort, au douzième jour de la rupture utérine, rapproché surtout des cas indéniables de guérisons obtenues récemment à la Maternité (1), enlève à cet accident redoutable

(1) In *Cours d'ouverture du professeur Tarnier. Annales de gynécologie*, avril 1884.

une part de sa gravité ; et, ainsi se trouve atténué le pronostic de la rupture utérine, qui avait paru fatale jusqu'à nos jours (1).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

(*Séance du* 9 *avril*).

Hystérectomie pour un corps fibreux de l'utérus compliqué d'hydronéphrose suppurée adhérant au corps fibreux. Ligature élastique du pédicule maintenu à l'extérieur. Traitement ultérieur de l'hydronéphrose. Guérison, par M. Pozzi. — Il s'agit d'une femme de 43 ans, réglée à 14 ans, et qui n'a eu ni enfant ni fausse couche. Deux tumeurs remplissent l'abdomen : l'une, médiane, solide, faisant corps avec l'utérus, est un corps fibreux du volume d'une tête d'adulte, dont le début remonte à huit ans ; l'autre, située dans l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque du côté droit, fluctuante et manifestement liquide, date de quatre ans. L'une et l'autre tumeur se sont développées lentement, sans donner lieu à d'autres symptômes morbides qu'une légère douleur locale et une gêne croissante pour la marche. Jamais de métrorrhagies, de coliques néphrétiques ou de pus dans les urines.

Une première ponction, faite dans l'*hydronéphrose*, à la Pitié, dans le service du professeur Brouardel, le 21 juillet 1883, a donné issue à 650 gr. de pus comparable à de la purée de pois. La tumeur se reproduit rapidement, des accès fébriles quotidiens apparaissent. Seconde ponction.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital Pascal, la tumeur du ventre offre un volume considérable. A droite, tout l'espace compris entre les fausses côtes et le bassin est rempli par le kyste fluctuant. Au milieu et à gauche, remontant jusqu'au niveau de l'épigastre, siège la portion solide ou utérine de la tumeur qui se continue manifestement avec la précédente, donnant à l'ensemble la forme

(1) *Rupture utérine ; passage de l'enfant dans la cavité abdominale ; guérison.* Mœrsbach. *Centralblatt f. Gynækologie*, 1880, p. 672.

d'un cœur de carte à jouer. Le toucher vaginal montre le col abaissé et permet d'arriver tout autour sur la tumeur solide. Celle-ci est tout à fait immobile, mais ne plonge pas en arrière dans le petit bassin.

Etat général très mauvais. Perte de l'appétit et des forces. Fièvre hectique. Chaque soir une injection de morphine est nécessaire.

Urine très légèrement albumineuse.

L'opération était-elle indiquée? C'était l'unique chance de salut et la malade la réclamait énergiquement.

Fallait-il se borner à une opération partielle ayant pour but de guérir l'hydronéphrose suppurée dont le diagnostic était assuré par la ponction antérieure ?

Fallait-il opérer simultanément le kyste rénal suppuré et le fibrome utérin par la laparotomie? Enlever celui-ci, et arracher celui-là, ou tout au moins le déterger et le drainer par l'incision abdominale ?

Il semble plus avantageux de scinder en deux l'opération, de traiter en deux temps et par deux voies différentes la tumeur utérine et la collection purulente qui lui adhérait.

On commença par évacuer le kyste par une ponction aspiratrice sans espoir d'amener ainsi sa guérison définitive, mais pour maintenir la poche affaissée au moins pendant quelques jours. 1 litre 1/2 de pus épais, verdâtre, fut ainsi évacué. Le lendemain, l'ouverture de l'abdomen fut pratiquée. L'incision dépassait l'ombilic de 6 centimètres. Adhérences molles généralisées, mais assez facilement détachées à la main.

La tumeur utérine dégagée dut encore être détachée des trois connexions suivantes : du ligament large gauche qui s'implantait sur sa partie inférieure; à droite du ligament large dédoublé et remplacé par une énorme adhérence de l'hystérome avec la poche préalablement ponctionnée et dont les parois paraissent très résistantes; cette adhérence avait deux fois l'étendue de la paume de la main; enfin il fallait la détacher du col utérin ou, pour mieux dire, de la paroi inférieure de l'utérus.

Trois ligatures élastiques furent placées dans ces différents points. La ligature du col utérin fut faite par transfixion et avec un double fil, de façon à conserver chacune des moitiés du col. Ces ligatures devaient être provisoires ou devenir définitives selon le cours ultérieur de l'opération.

La tumeur fut alors fendue de haut en bas et, avec le doigt et la

spatule, énucléée de la coque musculaire qui l'enveloppait. Aucun écoulement sanguin n'eut lieu.

La confection du pédicule fut plus laborieuse. A gauche, après avoir remplacé la ligature élastique par une double ligature de soie phéniquée, le ligament large fut séparé de la capsule utérine qui existait seule à la place de la tumeur. A droite, au niveau de la grande adhérence de la poche rénale, on dut conserver la ligature élastique ; toute la coque du tissu utérin, jusqu'à deux travers de doigt au-dessus des ligatures élastiques, fut sectionnée. Il en résulta un volumineux pédicule qui dut être divisé : un lambeau fut formé de la portion très vasculaire de la coque utérine, adhérente à l'hydronéphrose ; un second par le col utérin lui-même et la base du ligament large droit. (Les ovaires ne furent donc pas enlevés.) Pour amener et maintenir ces deux pédicules à l'extérieur, il fut nécessaire de les traverser avec de fortes broches qu'on dut également passer au travers des parois abdominales, vu la grande profondeur à laquelle étaient situés les moignons utérins. Les broches, passées en arrière des liens élastiques, ont été d'une efficacité manifeste pour éviter la rétrocession des pédicules au moment de leur élimination.

Cette seconde partie de l'opération avait été très longue et très laborieuse, mais on n'eut qu'une perte de sang insignifiante. Sutures profondes et superficielles multipliées en couronne autour du double pédicule, de manière à affronter très exactement les surfaces péritonéales. Une ligature de sûreté en forte soie fut placée autour du pédicule principal.

Durée totale de l'opération : deux heures quarante-cinq minutes. Pansement avec la tarlatane imbibée d'une solution de sublimé à 2 p. 100. (La pulvérisation phéniquée a été faite tout le temps dans la pièce pour maintenir la saturation de l'atmosphère, mais le jet n'a pas été dirigé sur la malade.)

Suites bénignes; les pédicules présentaient une forte tendance à s'enfoncer dans la cavité abdominale ; mais, grâce aux broches (qui furent coudées sous cet effort), il n'y eut pas, de ce chef, le moindre accident. Chute du pédicule onze jours après l'opération, le 29 septembre; cicatrisation complète le 20 octobre.

Jusqu'à ce moment, la cavité de l'hydronéphrose était restée à peu près vide. Les douleurs à son niveau n'avaient même pas reparu. La

palpation faisait reconnaître une tumeur du volume d'une orange environ.

Dans les premiers jours de novembre, le kyste recommence à grossir; toutefois la malade, qui se croit guérie, demande à sortir de l'hôpital. L'état général est excellent. Les forces et l'appétit sont revenus. La malade marche facilement, quoique un peu courbée sous l'influence de sa cicatrice abdominale.

Au mois de janvier, la poche purulente remplit de nouveau le flanc droit et la fosse iliaque du même côté; la compression qu'elle exerce donne lieu à des fourmillements dans la jambe. Aucune réaction générale.

Le 20 janvier 1884, ponction aspiratrice qui donne issue à deux litres d'un pus verdâtre, inodore, où l'analyse chimique révèle 4 grammes d'urée. La poche est lavée avec une solution de sublimé au millième, jusqu'à ce que l'eau ressorte claire. Compression abominale. Aucun phénomène morbide à la suite. La poche est restée vide et rétractée au delà de toute attente. Au bout d'un mois, la malade demande à sortir. Il n'y a plus dans le flanc droit qu'une sorte de bride que l'on sent en déprimant la paroi abdominale. La malade fut revue à plusieurs reprises, et notamment le 15 mars. Il n'y avait pas trace de récidive. (Si celle-ci se fût produite, on se proposait de faire une large incision et le drainage de la poche dans un point déclive.

L'opérée a repris son travail et jouit d'une parfaite santé; il y a tout lieu d'espérér que la guérison est cette fois définitive.

M. Pozzi insiste :

1° Sur le rôle des corps fibreux de l'utérus dans la production de lésions rénales, et en particulier de l'hydronéphrose. Beaucoup de morts rapides après l'hystérectomie doivent, sans aucun doute, être attribuées à une dégénérescence plus ou moins avancée de l'appareil rénal, dont la gravité a été subitement exagérée par le traumatisme.

2° Sur l'utilité considérable de la ligature élastique dans les opérations d'ablation de tumeur abdominale, soit qu'on s'en serve temporanément pour assurer rapidement l'hémostase durant l'opération, soit qu'on la transforme en mode définitif de ligature du pédicule, en remplaçant la pièce mobile du *ligateur de M. Pozzi* par deux fils de soie, noués à peu de distance l'un de l'autre.

R. Chenet.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 6 février 1884.

Couveuse de Hearson. — Le Dr Godson présente une couveuse inventée par Hearson qui en donne la description.

Monstruosité. — Le Dr Horrocks présente un monstre qui appartient à l'ordre des exencéphaliens ou à celui des pseudencéphaliens, ce qui ne pourra être reconnu d'une façon précise qu'après la dissection de la pièce.

Utérus enlevé par le vagin. — Le Dr A. Duncan présente un utérus entier avec épithélioma du col enlevé avec succès par le vagin, à l'aide de l'opération de Schrœder.

Nouveau céphalotribe. — Le Dr Fancourt Barnes présente un céphalotribe qu'il a fait fabriquer récemment. Il est long, possède une courbure perinéale et une courbure des manches comme celui d'Aveling ; il permet de faire la traction au détroit supérieur.

Le Dr Gervis dit qu'il se sert habituellement du céphalotribe de Hicks.

Le Dr Robert Barnes a essayé l'instrument, dans sa pratique, dans un cas de rétrécissement du bassin où il n'avait pu réussir ni avec son forceps, ni avec celui de Tarnier.

Séance du 2 avril 1884.

Spondylolisthésis. — Le Dr Neugebauer présente des pièces et des photographies destinées à montrer le mode de production du spondylolisthésis. Ses remarques ont été publiées dans les *Annales de Gynécologie* de février 1884.

Kystes dermoïdes bilatéraux. — Le Dr Caster présente deux kystes dermoïdes enlevés après la mort, chez une fille de 50 ans; l'un d'eux était cancéreux.

Hernie et prolapsus du vagin. — Le Dr Donan lit un mémoire sur les relations qui existent entre la hernie et le prolapsus du vagin. Il décrit des cas où il existait un prolapsus de la paroi antérieure du vagin chez des femmes dont les parents étaient atteints de hernie. Toutes ces observations tendent à montrer les relations étroites qui existent entre la hernie intestinale et les déplacements des viscères pelviens chez la femme.

Le Dr MATHEWS DUNCAN dit qu'il enseigne depuis longtemps que la hernie intestinale et la procidence de l'utérus constituent des états qui alternent fréquemment entre eux.

Le Dr CHAMPNEYS dit que, dans le travail de Landau sur le rein mobile, on trouvait des états différents associés entre eux; on constatait la hernie dans 7 p. 100; la descente de l'utérus ou du vagin dans 13 p. 100; la rétroflexion dans 15 p. 100, et l'abdomen pendulum dans 25 p. 100. Le terme rétroflexion n'est pas défini d'une façon bien précise, mais il est probable qu'il est employé pour désigner la descente de l'utérus avec rétroflexion. Il avait l'habitude, quand il interrogeait des femmes affectées de prolapsus des organes pelviens, de s'informer de leurs antécédents de famille au point de vue de la hernie, du prolapsus utérin et du prolapsus anal. Il rapporte le cas suivant : « Une femme, âgée de 52 ans, avait eu de la procidence utérine depuis l'âge de 27 ans; sa fille aînée, âgée de 30 ans, avait de la procidence depuis l'âge de 21 ans; ses trois autres enfants, qui étaient des garçons, avaient de la procidence anale. »

M. DONAN dit qu'il est souvent difficile d'arriver à connaître l'existence de hernies, parce qu'on a l'habitude de dissimuler, surtout entre personnes d'un sexe différent. Parfois la vessie ne subit pas de déplacement dans la descente du vagin et de l'utérus. La distinction entre le prolapsus des organes génitaux, avec ou sans cystocèle, est une question intéressante à résoudre, en raison de ses rapports avec les hernies en général.

Electricité dans l'accouchement. — Le Dr Kilner lit un mémoire sur l'emploi des courants d'induction pendant l'accouchement. L'effet produit par le courant, consistant en une diminution de la douleur, tendait à diminuer la fatigue et à empêcher l'hémorrhagie *post partum*, rendait le pouls plus égal, augmentait la fréquence et la force des contractions utérines et prévenait les vomissements. Cependant il ne modifiait pas la douleur résultant de l'étroitesse de la vulve, pas plus que celle qui résultait de l'introduction de l'instrument en cas d'intervention. Sur environ 300 cas, l'auteur n'a eu que deux hémorrhagies *post partum*. Parfois le courant n'a pas amené de contractions, quand cependant le besoin était urgent. Lorsqu'on l'a employé pendant une heure à une heure et demie, son action sédative se fait sentir et il n'augmente plus les contractions. Dans quelques cas, il produit des contractions violentes et presque continues. Dans un cas, une contraction dura quinze minutes.

Le Dr Gervis dit qu'un agent qui augmente l'action utérine en diminuant la douleur est presque trop merveilleux pour exister réellement.

Le Dr Playfair a essayé les courants, mais il a échoué, peut-être faute d'une habileté suffisante ; mais s'il faut posséder une habileté particulière pour réussir, ce moyen ne peut entrer dans la pratique générale. En tant qu'agent diminuant la douleur, le courant électrique est inférieur aux moyens dont nous disposons. Comme ocytocique, il est sans utilité. Le Dr Kilner compare son action à celle de l'ergot, qui ne devrait jamais être employé pour accélérer le travail.

Des pressions manuelles exercées sur l'utérus constituent le moyen ocytocique le meilleur et le plus inoffensif.

Le Dr Walter s'est servi du courant depuis plus de sept ans dans le cas d'inertie utérine, après expulsion du placenta et l'a trouvé dans quelques cas supérieur aux autres moyens, particulièrement dans l'hémorrhagie *post partum*.

Le Dr Roulh a constaté l'utilité du courant dans la migraine, et a pu faire expulser des fibromes utérins grâce à des applications répétées.

Le Dr Murray dit que, si le courant possède une action aussi énergique qu'on le prétend, on doit craindre la possibilité d'une rupture utérine. Il s'en est servi contre l'hémorrhagie, mais il le regarde comme d'une efficacité douteuse.

Le Dr Kilner répond que, comme agent diminuant la douleur, le courant est préférable aux anesthésiques, puisqu'on peut en diriger l'action à volonté, et que, en outre, il ne cause pas de vomissements. Il n'a jamais observé de rupture utérine.

Paul Rodet.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK.

Opération de Freund pour l'extirpation de l'utérus. — Le Dr Dawson présente un utérus enlevé, par l'opération de Freund, douze jours auparavant, sur une femme de cinquante et un ans, affectée de cancer. Le curage, pratiqué plusieurs fois, avait réussi à diminuer les hémorrhagies. La malade désirant une opération radicale, on lui fit l'opération de Freund, qui dura deux heures et quarante minutes, et ne

présenta aucune particularité notable. L'opérée mourut de choc sept heures après.

Dawson pense que cette opération, étant donnés le temps qu'elle exige, la longueur de l'incision abdominale, la nécessité de l'éviscération et le choc auquel elle expose l'opérée, ne doit être faite que rarement, sinon jamais; il regrette de n'avoir pas opéré par le vagin. La pièce montre que le cancer avait dépassé l'orifice interne.

Le Dr Mundé partage les idées du Dr Dawson; il n'a jamais fait cette opération, mais l'a vue faire. L'enlèvement d'une portion cunéiforme de l'organe malade expose la malade à moins de danger; Billroth, Schröder et Czerny l'ont pratiquée.

Pour le Dr Lee, cette opération est trop périlleuse dans le cas d'un cancer où, si la malade la supporte, elle verra son mal revenir dans un an ou deux. Sur quatre opérations qu'il a vues, les quatre malades ont succombé avant quarante-huit heures.

Le Dr Gillette demande si l'un des membres présents a quelque expérience de l'opération proposée par Sims, il y a quelques années, et qui consiste à enlever avec la curette et les ciseaux tout ce que ces instruments peuvent atteindre; puis à appliquer le chlorure de zinc, pour sphacéler le reste de la tumeur. Il l'a souvent pratiquée et s'en est bien trouvé. Dernièrement, il l'a faite deux fois chez la même femme. Une de ses opérées, revue au bout de deux ans, ne présentait aucun retour du mal.

Le Dr Lee parle de la cautérisatien galvanique, recommandée par Nœggerrath.

Le Dr Mundé a retiré d'excellents effets de la méthode dont parle le Dr Gillette.

Le Dr Chamberlain s'en loue aussi.

Le Dr W. Polk lit un mémoire sur les indications de l'hystérectomie. Tous les chirurgiens s'accordent à dire que l'opération de Freund doit être réservée pour les cas où elle permet d'espérer une guérison permanente. La guérison définitive n'est possible que si les glandes pelviennes sont indemnes, puisqu'on ne peut pas les enlever; et elles sont bientôt prises. Il n'est, de plus, pas facile de s'assurer qu'elles sont saines, car elles peuvent être infectées avant de devenir assez volumineuses pour pouvoir être reconnues.

Le cancer de l'utérus commence communément par l'orifice externe et s'étend de tous les côtés. Si nous trouvons le mal limité au col, l'amputation totale de cet organe est relativement aisée et innocente.

et elle suffit. Si la lésion a atteint le corps utérin, les glandes sont certainement intéressées. Aucune opération ne donnera donc une *guérison*, ce ne sera jamais qu'un palliatif.

Lorsque le cancer commence par le corps utérin, le cas est, en général, regardé comme une hypertrophie muqueuse avec granulations; on cure. Si l'on reconnait un cancer, avant que l'utérus soit devenu volumineux, on peut penser à l'opération de Freund, parce que les glandes ne risquent pas beaucoup d'être déjà impliquées. Mais ces cas sont rares.

Dans le sarcome, les glandes s'infectent moins tôt, le mal reste plus longtemps localisé ; les malades meurent aussi bien de la septicémie et de la pyohémie, qui résultent d'un curage répété, que du mal laissé à lui-même. L'opération a donc une assez grande valeur.

Le Dr Mundé rapporte les deux cas suivants :

Hémorrhagie secondaire après la suture d'une lacération du col. — Le premier est un cas de déchirure du col et du périnée. Le col fut suturé avec du catgut. Au bout de six jours, une forte hémorrhagie du col se produisit, qui put être arrêtée par l'emploi d'eau alunée chaude, d'eau glacée et de vinaigre. En enlevant les points de suture, on trouva la réunion complète.

Le second est celui d'une déchirure du col suturée par l'auteur, au moyen de huit fils d'argent. Six jours après l'opération, Mundé fut appelé en hâte, et trouva une hémorrhagie artérielle; le sang venait sans doute d'une artère comprise dans un des fils et qui avait été tranchée par ce fil. Le tamponnement arrêta la perte.

Le Dr Mundé rapporte un cas de **déchirure du vagin produite par le premier coït.** — Après deux médecins qui n'avaient pu arrêter l'hémorrhagie, Mundé fut appelé auprès de la blessée, mariée la veille, et qui n'avait pas eu de fortes pertes au moment du coït, l'hymen ne donnait pas de sang, mais la perte venait d'une large déchirure située à gauche du vagin et présentant 65 millimètres de longueur. L'utérus était rétroversé. Il arrêta l'hémorrhagie avec des disques de coton. Une semaine après, la plaie était en voie de guérison. Il y a deux ans, Mundé a vu un cas d'hémorrhagie abondante, provenant d'un hymen déchiré par le premier coït.

(*Am. J. of obst.*, 1883, p. 1,094.) A. Cordes.

Séance du 17 avril 1883

Le Dr Dawson présente des **ciseaux pourvus de pointes en forme de ténaculum**, pour les opérations dans les déchirures du col; ils ont l'avantage de ne pas glisser, comme les ciseaux ordinaires, sur le tissu cicatriciel.

Il présente aussi une sorte de pince à gaine glissante, qui permet de bien saisir le fil de métal et de ne point le laisser échapper pendant la torsion.

Le Dr Lee est satisfait des ciseaux de Dawson, qu'il a employés dans un cas.

Il ne faut pas prendre avec cet instrument plus haut qu'on ne veut couper; car ils tranchent exactement tout le tissu qu'ils atteignent (1). Quant au tordeur pour le fil métallique, Lee croit que celui de Sims est aussi bon, quand on sait s'en servir.

Etranglement d'un kyste ovarien, décomposition rapide du contenu. — Le Dr Dawson a vu, il y a quelques mois, une femme qui se plaignait d'une augmentation de volume du ventre, produite par un kyste de l'ovaire droit; au moyen d'une seringue hypodermique, il obtint un liquide légèrement trouble. Quelques semaines plus tard, il en recueillit une petite quantité, qui était d'une couleur plus foncée; ce liquide renfermait du pus et du sang. La malade se trouva mieux, et son ventre diminua. Cependant un nouvel examen démontra que le liquide avait pris la couleur café au lait, et Dawson se décida à opérer. La tumeur avait des adhérences assez étendues et apparemment récentes, avec les organes abdominaux. C'était un polycyste à parois épaisses, d'une couleur presque gangreneuse, contenant environ deux litres et demi d'un liquide couleur brun-chocolat. Le pédicule s'était tordu, et la circulation avait été arrêtée dans la tumeur. L'examen microscopique démontra que les parois commençaient à subir la dégénération graisseuse et se nécrosaient. Le liquide renfermait le corpuscule de Drysdale, du pus et du sang. La trompe présentait des cils qui restèrent en mouvement pendant plusieurs heures. La malade est en convalescence.

Coccygotomie. — Le Dr Dawson présente encore les os du coccyx qu'il a enlevés à une femme de 28 ans qui avait été traitée sans succès par plusieurs médecins pour des douleurs pelviennes et utérines. Le

---

(1) D'après la description très courte du compte rendu, je crois qu'il s'agit d'un instrument tout à fait semblable aux ciseaux de Barnes ou de Kuchenmeister. (A. C.)

traitement dirigé contre la rétroversion n'ayant pas réussi, la douleur était localisée dans le voisinage du coccyx, qui était mobile et avait été lésé dans une chute faite deux ou trois ans auparavant. Dawson se décida à l'enlever.

La malade opérée il y a une semaine va fort bien. L'auteur remarque qu'une ovariotomie ordinaire est moins malaisée que l'enlèvement du coccyx.

Le Dr Garrigues croit que, si l'on ponctionne un kyste ovarique, il faut employer un gros trocart, et vider complètement le kyste, dans la crainte que, quelque fine que soit l'aiguille exploratrice, le liquide ne se répande dans le péritoine.

Opération de Tait. — Le Dr Nicole présente les ovaires et les trompes d'une femme opérée dans l'après-midi par le Dr Thomas. Elle avait souffert pendant toute sa vie menstruelle ; toutes ses fonctions s'effectuaient d'une manière peu satisfaisante ; dans les derniers temps, elle déclinait beaucoup. Ses deux ovaires étaient kystiques et la trompe droite était pleine de liquide.

Le Dr Lee raconte le cas d'une femme qui souffrait de cellulite chronique et de pelvi-péritonite, qui fut soumise, pendant quatre mois, à l'hôpital, au traitement ordinaire de la pelvi-cellulite. L'année dernière elle rentra à l'hôpital des femmes, où on lui fit l'opération de Tait. Le Dr Lee a fait quatre autres opérations semblables, toujours avec bénéfice pour l'opérée; trois de ces cas sont trop récents pour qu'on puisse porter un jugement définif.

Grossesse prolongée. — Le Dr W.-M. Chamberlain rapporte un cas où la grossesse a duré trois cent un jours, à dater de la fin de la dernière menstruation.

Le Dr Nicole raconte le cas d'une femme qui resta enceinte trois cent sept jours, après un seul coït, subi quinze jours après les règles. Elle accoucha, trois cent vingt-deux jours après ses règles, d'un fœtus petit et aveugle, mais normal d'autre part, qui ne vécut que peu de mois.

Le Dr Garrigues croit à la possibilité de la grossesse prolongée.

Séance du 1er mai 1883.

Opération de Tait. — Le Dr Dawson présente les pièces d'une opération faite hier par le Dr Jones. Une trompe grosse comme un œuf, et incluse avec l'ovaire gauche dans une fausse membrane solide.

La malade n'a jamais été grosse, quoiqu'elle ait été mariée deux fois; elle souffrait constamment de dysménorrhée et d'une névralgie pelvienne très forte à gauche.

La malade attribue ses souffrances à une pelvi-péritonite qu'elle a eue il y a cinq ans. (*Am. J. of obst.* 1883. p. 1155.) A. CORDES.

Séance du 15 *mai* 1883.

CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

SESSION DE FRIBOURG EN BRISGAU 1883. — SECTION DE GYNÉCOLOGIE.

Séance du 18 septembre.

1° P. MÜLLER (Berne) : **Sur l'anesthésie pendant l'accouchement.** — Müller a employé le chloroforme, mais surtout le bromure d'éthyle, soit à la période d'expulsion, soit avant cette période. Les effets observés ont été inconstants; sur 13 cas notés, où l'agent anesthésique a été administré pendant la période d'expulsion, cinq fois les douleurs furent complètement supprimées, trois fois d'une façon incomplète, et cinq fois l'effet produit fut nul malgré l'absorption de 60 grammes.

Discussion à laquelle prennent part : SCHATZ, NEUGEBAUER et HÉGAR. — Ce dernier, après avoir essayé en pareille circonstance l'éther et le chlorure de méthyle préconisé par Wells, en est revenu au chloroforme.

2° SCHATZ : **Sur les déchirures musculaires pendant l'accouchement.**

3° PROCHOWNICK : **Étude sur l'emploi de l'écorce de la racine du cotonnier** (rad. Gossypii) **comme succédané de l'ergot de seigle.**

Prochownick a obtenu de bons effets de cette substance, principalement dans des cas d'hémorrhagies dues à des corps fibreux, où lui a paru préferable à l'ergot. Il l'a employé à la dose de 5 à 10 grammes par jour.

4° JUNBLUTH : **Sur l'emploi de l'éponge aseptique dans le cas de placenta prævia.**

Discussion à laquelle prennent part : SCHATZ, MÜLLER et FRANKEL

Séance du 19 septembre.

5° Simpson (Edimbourg : **Présentation d'un basiotribe (basylist).**

6° Freund : **Sur la grossesse extra-utérine.** — Freund donne le résultat de 46 observations de grossesse extra-utérine. Le pronostic et la conduite à tenir varient selon qu'on a affaire à une grossesse tubaire, ovarienne, abdominale, et dans cetle dernière variété, selon que le placenta s'insère ou non sur l'intestin.

Discussion à laquelle prennent part : Hégar, Frankel, Kaltenbach, etc.

7° Baumgartner (Baden-Baden) : **Présentation de quelques instruments à employer en gynécologie : pinces à ligature, tubes à drainage en verre, etc.**

8° Prochownick : **Sur l'anthropologie du bassin.**

9° Kaltenbach : **Sur la rupture de l'utérus.** — Kaltenbach pense que dans un grand nombre de cas de rupture de l'utérus les tissus de l'organe étaient probablement altérés. Parfois, la plupart des signes cliniques font défaut, et la rupture des parois peut passer inaperçue. Dans certains cas de ce genre, le drainage est appelé à rendre de grands services. Dans d'autres, on doit pratiquer la laparotomie.

10° Schatz : **Du traitement médical en gynécologie.** — Les succès de plus en plus nombreux obtenus depuis quelques années par l'intervention chirurgicale, dans beaucoup d'affections des organes génitaux de la femme, font négliger trop souvent les moyens médicaux. Ainsi certains troubles de l'utérus, des ovaires, de la menstruation, sont, la plupart du temps, influencés favorablement par l'usage de l'*hydrastis canadensis*. Cette substance a donné, entre les mains de Schatz, des succès surprenants, là où l'ergot de seigle avait échoué. L'auteur croit que l'ergot de seigle agit plus directement sur le tissu musculaire de l'utérus, et l'hydrastis sur le tissu vasculaire. Il a fait disparaître, par l'administration de cet agent thérapeutique, des métrorrhagies dues ou non à des corps fibreux, des douleurs dysménorrhéiques qui ont diminué dès le début du traitement, pour cesser complètement après une administration prolongée du médicament. Il a employé l'hydrastis *sous forme d'extrait liquide, à la dose de 20 gouttes répétées trois à quatre fois par jour*. On ne doit pas administrer cette substace seulement pendant les hémorrhagies, mais une ou deux semaines avant l'apparition probable de l'écoule-

ment sanguin ou des phénomènes menstruels douloureux. Schatz c… un certain nombre d'observations à l'appui de **ses conclusions.**

11° Silbermann (Breslau) : **Présentation d'un instrument destiné à comprimer l'uretère.**

12° Simpson : **Présentation d'un forceps construit d'après les principes de Tarnier.**

13° Hegar : **Remarques sur la menstruation.** — Hegar donne résultat d'expériences entreprises pour étudier l'état de la pression sanguine chez la femme avant, pendant et après la menstruation. La pression baisse pendant l'époque menstruelle, et ne retrouve son niveau qu'au moment qui précède immédiatement la période suivante. Cette diminution de pression n'est pas explicable par une perte de sang aussi légère que celle qui se produit ordinairement dans ces conditions et doit dépendre d'une autre cause.

14° Bandl : **Sur la situation et les rapports normaux de l'utérus et sur les causes anatomiques qui produisent l'antéflexion.** — (Ce mémoire a été publié *in extenso* dans le tome XXII des *Arch. f. Gyn.*, 1884.)

15° Bandl : **Sur la technique de la médication intra-utérine.**

Séance du 20 septembre.

16° Beek : **Présentation d'une chaise à exploration facile à transporter.**

17° Freund : **Présentation de pièces provenant d'une grossesse tubaire ancienne.**

18° Wiedow : **De la castration dans les cas de corps fibreux.** — En relevant les cas publiés par différents auteurs, où la castration a été pratiquée pour faire cesser des métrorrhagies dues à des corps fibreux, on voit que les résultats sont très variables. Souvent les hémorrhagies disparaissent, soit définitivement, soit pour un temps plus ou moins long. D'autres fois, au contraire, mais plus rarement, elles continuent à se produire. Presque toujours à la suite de la castration les tumeurs diminuent de volume. Lorsque celles-ci n'ont pas dépassé le niveau de l'ombilic, Wiedow conseille la castration, de préférence à l'hystérectomie, qui est au contraire indiquée dans les cas de tumeurs plus volumineuses.

Discussion à laquelle prennent part Schatz, Freund, Hegar, Muller et Kaltenbach.

19° Prochownick : **Sur la cautérisation ponctuée du col utérin.** —

Prochownick emploie tantôt l'appareil Paquelin, tantôt le galvano-cautère. Il a soin de faire une injection antiseptique avant et après chaque cautérisation. Celles-ci sont renouvelées tous les dix ou quatorze jours. Elles sont faites au nombre de 15 à 20 et à 1 ou 2 centimètres de profondeur. Après une demi-heure de repos, les malades sont renvoyées à leurs occupations. C'est surtout dans les cas d'hypertrophie avec induration du col utérin que ce mode de traitement donne des succès.

20° Schatz : **Sur l'orifice interne de l'utérus.** — D'après Schatz, les recherches anatomiques ne suffisent pas pour démontrer l'existence et le siège de l'orifice interne. C'est sur la femme vivante immédiatement après l'accouchement, qu'on peut le mieux apprécier la situation de cet orifice. L'auteur entre ensuite dans de nombreux développements relatifs à la dilatation du col sous l'influence de la grossesse et de l'accouchement.

Discussion à laquelle prennent part Bandl, Muller, Freund, Hofmeier.

21° Kaltenbach : **Utérus unicorne avec corne rudimentaire déchirée et gravide.** — La femme qui fait le sujet de cette observation, intéressante au point de vue médico-légal, avait déjà eu trois accouchements. Elle mourut d'hémorrhagie interne et on avait supposé que la mort était due à un traumatisme. A l'autopsie, on trouva un utérus unicorne, une seconde corne rudimentaire ayant contenu un produit de conception. La rupture de cette corne rudimentaire avait donné lieu à une hémorrhagie interne rapidement mortelle.

22° Neugebauer : **De la suture vaginale médiane comme méthode opératoire dans certains cas de prolapsus utérin.**

23° Neugebauer : **Remarques sur le spondilolisthésis.** — (Le mémoire a été publié *in extenso* dans le tome XXII des *Arch. für Gyn.*, 3 heft, 1884.)

24° Ketner : **Présentation de deux humérus d'un fœtus venu par le siège à la trente-huitième semaine. Absence du bras gauche et séparation de l'épiphyse.**

25° Kehrer : **Injections vaginales de sublimé chez les femmes en couches.** — Kehrer a vu se développer quatre fois des éruptions d'urticaire à la suite de l'emploi du sublimé chez les accouchées. Il n'a observé la stomatite que chez des femmes qui avaient été soumises précédemment à un traitement mercuriel. Il a employé une solution de 5 p. 100 dont il mettait une petite cuillerée (10 cc.) par litre

d'eau. Il est utile de bien nettoyer le vagin avec cette solution avant de se livrer à une exploration. Après l'accouchement, Kehrer conseille de pratiquer deux injections par jour aussi longtemps que dure l'écoulement des lochies. Le bichlorure de mercure lui a donné d'aussi bons résultats généraux que l'acide phénique, avec moins d'inconvénients locaux et un prix de revient beaucoup moindre.

Discussion.

FRANKEL a observé que, même chez les femmes saines, le vagin et l'utérus sont farcis de microbes, bactéries, bâtonnets, diplococcus. Il a trouvé *le gonococcus de Neisser* dans les cas de blennorrhagie, non seulement dans le vagin, mais encore dans le col utérin et dans les cellules épithéliales. Le sublimé fait disparaître les gonococcus, mais ne guérit pas la blennorrhagie, surtout passée à l'état chronique, parce que la solution parasiticide ne pénètre pas assez profondément dans les couches épithéliales de la muqueuse. Dans ces conditions, il a obtenu de bons résultats en grattant la surface de la muqueuse avant de pratiquer les injections de sublimé, qui faisaient alors disparaître l'écoulement dans l'espace de sept ou huit jours.

26° KEHRER : **Démonstration de pièces anatomiques recueillies dix semaines après une opération de Porro.**

Dr DE SINETY.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel pratique de l'art des accouchements, par le Dr E. VERRIER.

Ce livre est arrivé à sa quatrième édition; sa réputation est donc établie, dit le Dr Verrier dans son avant-propos.

L'auteur ajoute qu'il a tenu à mettre son ouvrage au courant de la science.

Dans la première partie, sont étudiées l'anatomie et la physiologie.

Dans la seconde, la grossesse et les modifications physiologiques qu'elle entraîne.

Dans la troisième, l'accouchement.

Dans la quatrième, la pathologie de la grossesse et la dystocie.

La cinquième partie est réservée aux opérations.

Une sixième partie traite de la direction de la première enfance.

Nous n'avons pas l'intention de donner le résumé d'un livre qui

n'est lui-même qu'un résumé, mais simplement d'annoncer au lecteur qu'il y trouvera, condensées et exprimées, avec une clarté qui fait l'éloge du Dr Verrier, la plupart des idées nouvelles et des découvertes récentes dont s'est enrichie l'obstétrique dans ces dernières années. Nous citerons, en particulier, les avantages que l'accoucheur tire du palper abdominal pratiqué méthodiquement. Le livre du Dr Pinard a été mis à profit par notre confrère; mais nous ne pouvons nous empêcher de regretter qu'il se soit, çà et là, écarté de la lettre du traité du Dr Pinard. Il y a dans cet admirable moyen de diagnostic certaines règles précises dont il importe de ne pas se départir, et qui ont été nettement posées par le savant rédacteur de ce journal.

Ancien élève du professeur Pajot, et pendant longtemps préparateur des cours de ce maître, le Dr Verrier, mettant à profit ce précieux enseignement pour rédiger son ouvrage, a rendu un véritable service aux étudiants et aux praticiens.

Nous souhaitons à son manuel la bonne fortune qu'il mérite.

H. S.

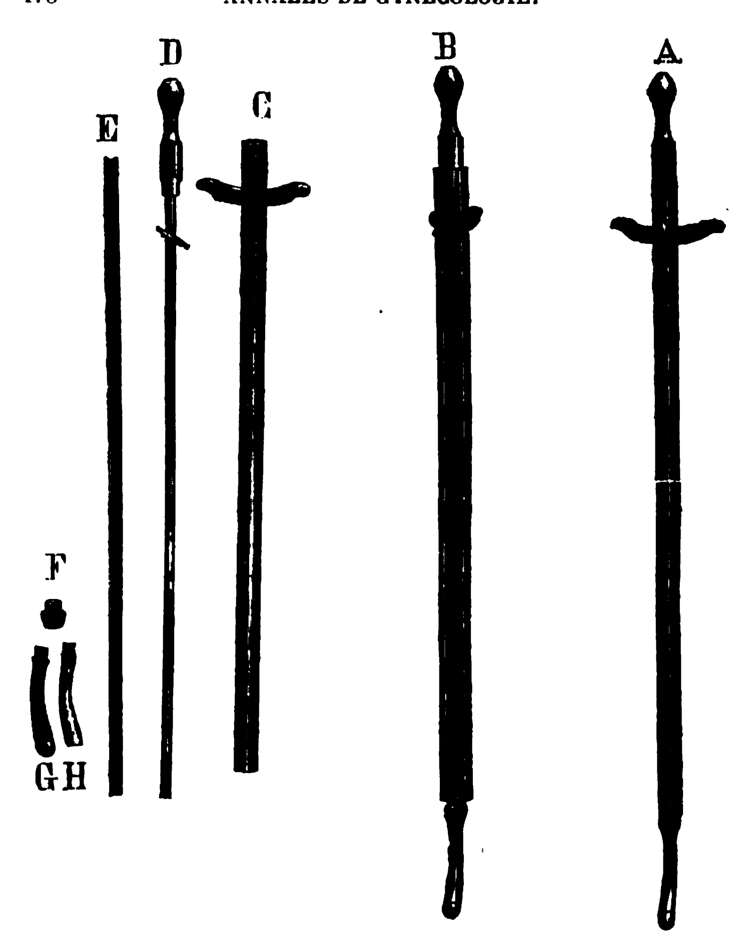
VARIÉTÉS

Quelques mots à propos des injections intra-utérines et d'un nouveau modèle de sonde (*Conférence du professeur* PAJOT, *du* 31 *mai*). — Il existe trois catégories de sonde de femme : Les *sondes vésicales*, les *sondes utérines ;* celles-ci se subdivisant en *sondes utérines du domaine de l'obstétrique* et *sondes utérines du domaine de la gynécologie :*

Les sondes qui appartiennent à la gynécologie ne nous occuperont pas. Je ne veux étudier aujourd'hui que les sondes utérines qui appartiennent à l'obstétrique et j'espère vous démontrer que, depuis plus d'un siècle, *on vit sur un contre-sens.*

Quand on imagina la sonde vésicale, munie de deux yeux, placés à différentes hauteurs, sonde essentiellement *évacuatrice*, on avait, en réalité, trouvé un modèle excellent. A part la difficulté du nettoyage, on peut dire que l'instrument était parfait. Et je vous ai indiqué, dans une de mes dernières conférences, comment j'avais essayé de supprimer ce seul défaut.

La sonde utérine fut construite sur le même plan. Mais lorsqu'on introduisit la méthode autiseptique dans les hôpitaux, il vint natu-



A, sonde à injections *intra-utérines* complète et fermée pour l'introduction et *avant* l'injection.

B, la même, ouverte *pendant* l'injection.

C, Dilatateur du col, séparé de la sonde; se démontant en deux valves pour le nettoyage.

D, E, les deux valves du corps de la sonde.

G, H, les deux valves de l'extrémité courbe de la sonde.

F, anneau pour réunir les deux valves de l'extrémité courbe.

Toutes les parties de la sonde se divisent en deux valves pour le nettoyage. Le dilatateur C assure le retour facile du liquide.

La figure est au *tiers* des dimensions réelles de la sonde. (Chez Guérin, Paris.)

rellement à l'esprit qu'il était *irrationnel* de continuer à se servir de cet instrument, véritable réceptacle de débris organiques... On tourna la difficulté en tenant en permanence des sondes *en verre* (dangereuses) plongées dans des solutions antiseptiques. Grâce à ce bain prolongé, assurément la vitalité des microbes..... si ce sont les microbes! enfin de ces infiniment petits qu'on pourchasse si fort par la méthode antiseptique, devait se trouver, pour le bien des accouchées, suffisamment compromise. Aussi n'est-ce point dans la non-asepticité qu'il faut chercher le non-sens; voici où il est :

Comme je l'ai déjà dit, la sonde utérine est construite sur le modèle de la *sonde vésicale évacuatrice*. Or, dans ce cas, l'accoucheur n'a pas pour but d'évacuer l'utérus; ce qu'il lui importe, au plus haut degré, c'est de *laver complètement la cavité utérine*. Et, avec la sonde habituelle, le lavage, ainsi entendu, est matériellement impossible.

En raison, en effet, de la situation des yeux, placés à une certaine distance de l'extrémité de l'instrument, la colonne liquide tend à s'échapper transversalement. En outre, si la force de propulsion n'est pas considérable, la plus grande partie du liquide s'écoule forcément par l'orifice situé le plus bas et, en raison des lois de la pesanteur, gagne immédiatement les parties les plus déclives. Q'arrive-t-il alors? Que toute la portion de l'utérus, située au-dessus du plan horizontal passant par l'orifice le plus élevé, échappe, fatalement, à l'irrigation. Il ne pourrait en être autrement qu'à condition de remplir et de distendre, en totalité, la cavité utérine, ce qui serait extrêmement dangereux. (Distension de l'utérus, passage du liquide dans les trompes et reflux jusque dans la cavité péritonéale, etc.)

Mais, d'autre part, il est impossible (heureusement) de remplir la cavité de la matrice, puisque le liquide s'échappe à mesure qu'il est projeté. Donc, le *contre-sens* est flagrant. Il faudrait remplir la cavité *pour que tous les points fussent touchés*, il est impossible d'obtenir cette réplétion, le liquide devant s'écouler à mesure qu'il pénètre.

Sans doute, nous sommes redevables de grands services, à ces lavages quoique incomplets. Mais on les doit surtout à ce fait heureux, que, dans la majorité des cas, les liquides et les produits septiques contenus dans l'utérus, ont une tendance naturelle à s'accumuler dans les régions les plus inférieures de l'organe. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Et j'ai pu constater, à l'autopsie, qu'il se forme parfois dans la portion la plus élevée de la matrice, une couche pul-

tacée, d'une fétidité horrible. Or, dans ces cas, le *lavage complet* de la cavité utérine devient absolument nécessaire ; et nous savons maintenant que les « sondes employées jusqu'à ce jour ne peuvent *jamais* donner ce résultat. »

Voici, à mon avis, les conditions que doit réaliser une sonde à injections intra-utérines pour répondre à tous les besoins :

1° *Il faut que la colonne liquide arrive par la partie supérieure de l'instrument.*

2° *Le jet doit être doux*, *modéré* (autant que possible en jet de pomme d'arrosoir).

3° *Le liquide doit baigner toutes les parties.*

4° *Il faut que le libre retour du liquide soit assuré.*

Si j'ai tenu, messieurs, à vous indiquer les conditions indispensables d'un lavage complet de l'utérus, c'est que je voulais vous faire prendre connaissance de ce modèle de sonde que j'ai récemmeut imaginé. En quelques mots, voici les principaux avantages de l'instrument :

1° Le liquide s'écoule par le bout supérieur de l'instrument, à travers plusieurs orifices qui donnent le jet de pomme d'arrosoir.

2° Un tube dilatateur assure le retour du liquide.

3° Toutes les parties de l'instrument sont *séparables en deux valves* et, par suite, *facilement et parfaitement nettoyables*.

Messieurs, la réalisation de cette sonde n'a pas été chose très simple. Elle m'a coûté, je vous l'affirme, beaucoup de temps. Certes, je suis loin de prétendre que l'instrument soit parfait. Mais je crois être dans la bonne voie. A vous, de vous emparer de l'idée et de la perfectionner dans son mode d'application.

Professeur PAJOT.

Le gérant : A. LEBLOND.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXI

Janvier à Juin 1884.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME XXI.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Monsieur-le-Prince, 31.
A. DAVY, successeur.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris..........................	18	francs.
Pour les départements............	20	—
Pour l'Europe....................	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique....	23	—
Pour les autres parties du monde.	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, 53, rue d'Hauteville, pour la partie gynécologique; à M. le Dr PINARD, 26, rue Cambon, pour la partie obstétricale; ou à M. H. LAUWEREYNS, éditeur (G. STEINHEIL, successeur), 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteurs

A. LEBLOND ET A. PINARD

TOME XXII

Contenant des travaux de MM.

DUMAS (Léon), GALLARD, HEGAR, HERRGOTT, LERICHE, LETULLE,
LOVIOT, PINARD, POZZI, RENDU (J.),
SASONOFF, SLAVIANSKY, VALLON, VAN DE WARKER.

1884

(2e SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR,

SUCCESSEUR DE H. LAUWEREYNS,

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1884

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARNES (Fancourt), médecin de la Maternité de Londres.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine.
BOZEMAN, chirurgien en chef de Women's hospital de New-York.
BROUARDEL, prof. à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
CORDES (de Genève), prof. libre d'accouchem.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chir. en chef de la Charité de Lyon.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Charité.
DESORMEAUX, chirurgien des hôpitaux.
DEVILLIERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
FAYE, prof. d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. St-Louis.
GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.
GAUTRELET, profess. d'acc. à l'école de méd. de Dijon.
GILLETTE, chir. des hôp. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de l'hôpital Beaujon.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRIN (Alphonse), chirurgien des hôpitaux.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy.
HERRGOTT (Alphonse), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Nancy.
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
HUE (Jude), de Rouen.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, médecin de Saint-Lazare.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
LUTAUD, médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PINARD, prof. agr. à la Fac. de méd. de Paris.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hôp. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TARNIER, prof. à la Faculté de méd., chirurgien de la Maternité.
TAYLOR (Robert), de New-York.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), prof. à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., chir. de l'hôp. Necker.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA VALEUR DES ALTÉRATIONS DU REIN CONSÉCUTIVES AUX CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS POUR LES INDICATIONS ET LE PRONOSTIC DE L'HYSTÉROTOMIE,

Par le Dr S. Pozzi, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de Lourcine.

Les rapports intimes de l'utérus avec la vessie et l'extrémité terminale des uretères donnent parfois aux maladies de cet organe une gravité toute spéciale.

Les accidents urémiques qui compliquent le cancer du col, ont, depuis longtemps, attiré l'attention des pathologistes. Tout récemment encore, MM. Caron et Féré ont publié un mémoire intéressant qui montre leur extrême fréquence (1).

La chute de l'utérus elle-même peut amener à la longue des lésions analogues, — la dilatation des uretères, des bassinets

(1) Caron et Féré. *Étude statistique sur les complications du cancer de l'utérus. Progrès médical,* nov. 1883, p. 1019.

et des calices, la pyélonéphrite purulente, avec abcès miliaires dans la substance corticale ou encore la distension simple avec l'altération scléreuse propre à l'hydronéphrose. Ce résultat est dû non seulement à la rétention de l'urine dans la vessie déviée et dilatée, mais encore et surtout à la déviation de la partie inférieure des uretères attirés en bas par l'utérus abaissé (1).

Les déviations utérines et en particulier les rétroversions et rétroflexions doivent, sans doute, amener aussi un certain degré de compression des uretères. Quelle est la part qui revient à cet élément dans les symptômes complexes qu'on observe dans ces affections et en particulier dans le trouble nutritif profond et dans les phénomènes gastralgiques qui sont si souvent sous la dépendance de semblables déplacements? C'est une étude qui n'a pas encore été faite, et nous nous bornons ici à poser la question sans essayer de la résoudre.

On conçoit facilement que les corps fibreux puissent, avec une grande facilité, amener la compression des uretères. Celle-ci peut se produire dans deux conditions différentes. Ou bien le fibrome est de petit volume, mais sa situation sur la face postérieure du corps utérin, son enclavement dans le petit bassin, sa consistance dure et élastique lui permettent une action directe et pour ainsi dire immédiate sur l'embouchure des conduits vecteurs de l'urine. Ou bien encore le fibrome a franchi le détroit supérieur et peut se déplacer librement dans l'abdomen, mais toujours il est fatalement ramené par son poids vers les parties déclives où cheminent les uretères. La compression de ces conduits, commencée dans la première phase de l'évolution de l'hystérome (*corps fibreux pelvien*), se continue ainsi dans la seconde phase (*corps fibreux abdominal*) (2). Elle peut amener soit une simple distension

(1) Féré. *Notes sur les lésions des organes urinaires consécutives à la chute de l'utérus*. *Progrès médical*, 19 janvier 1884.

(2) La compression des uretères est incomparablement plus rare et moins grave par les kystes de l'ovaire. Boinet (art. OVAIRE, du *Dict. encycl.*, p. 120) cite cependant un cas où cette compression était indiquée par l'abondante

des voies parcourues par l'urine, soit une désorganisation plus ou moins complète des organes sécréteurs. Il arrive le plus souvent que cette compression porte surtout sur l'un des côtés, en sorte que la lésion se trouve sinon tout à fait localisée sur un des reins, au moins beaucoup plus marquée sur lui que sur son congénère ; mais ce dernier, soumis pourtant à un certain degré de gêne fonctionnelle, et en outre forcé de déployer une suractivité compensatrice, ne tarde pas non plus à s'altérer à son tour.

Tous ces accidents, produits par la compression directe des uretères, peuvent l'être également d'une façon un peu plus indirecte par la compression de la vessie. En effet, la rétention de l'urine dans ce réservoir retentit d'abord sur les canaux excréteurs des reins qu'elle empêche de se vider, puis sur les reins eux-mêmes.

Tous ces phénomènes ont, depuis longtemps, attiré l'attention des auteurs. Hardie (1), Kidd (2), ont insisté sur la compression de la vessie. Murphy (3), Jude Hüe (4), Milliot (5), Fourestié (6), ont cité des cas d'urémie dus à la compression des uretères par les corps fibreux. Hanot (7) a observé une hydronéphrose double ayant amené une urémie mortelle dans un cas où la tumeur avait 12 centimètres de diamètre et avait contracté des adhérences avec les parois pelviennes (Obs. I).

miction qui suivait chaque ponction du kyste. Il mentionne simplement la possibilité d'accidents urémiques plus ou moins sérieux. Terrillon (*Rapports des kystes de l'ovaire avec les organes urinaires*, ANN. DES MAL. DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES 1884, p. 8) rapproche du fait de Boinet un cas de Scanzoni, où s'était produit un commencement d'hydronéphrose, et des observations de la thèse de Ziembicki : notons qu'il s'agissait, dans ces derniers cas, de tumeurs *solides* de l'ovaire.

(1) *Edinb. med. Journal*, January 1873.

(2) *Dublin med. Journal*, nov. 1875, p. 456.

(3) *London Journal of medecine*, October 1849.

(4) *Ann. de gyn.*, oct. 1875, t. IV, p. 239.

(5) Milliot, th. de Paris, 1875, *Sur les complications des tumeurs fibreuses*.

(6) Fourestié (*Sur les compressions, etc.*), *Gazette médicale*, 13 juin 1876.

(7) Hanot. *Soc. anat. de Paris*, 28 février 1879.

Hubert (1) (obs. II) a pu constater l'albuminurie pendant la vie et a trouvé à l'autopsie un rein brightique à la suite de la compression des uretères. Une observation de Budin (2) (obs. III) est très importante au point de vue du diagnostic : un petit myôme interstitiel, développé au bas de la face antérieure de l'utérus, obstruait complètement le col de la vessie et occasionnait une énorme rétention d'urine. On crut à un kyste de l'ovaire et on fit une ponction : mort par phlébite.

Voici du reste le résumé de ces trois dernières observations.

OBSERVATION I (obs. de Hanot. — Extrait).

Myôme utérin; compression des deux uretères; mort avec des symptômes urémiques.

Autopsie. — Encéphale et poumons sains, mais notablement anémiés; foie graisseux; rate normale.

Tumeur utérine à peu près sphérique, de 0m,12 de diamètre, d'aspect rosé, parfaitement lisse à sa surface. Elle est fortement adhérente au segment gauche du bassin, point du tout adhérente à droite. Le vagin est déjeté à droite, contourne tout le bord droit de la tumeur et rejoint ainsi le col utérin qu'on trouve à droite de la portion de la tumeur la plus éloignée du pubis. Le vagin, dans cette étendue, était comprimé entre la tumeur et les parties osseuses correspondantes du pubis ; sur la paroi du canal accolée à la tumeur est une ulcération circulaire de 0m,003 de diamètre, qui conduit dans un sinus veineux de la tumeur. La vessie est aussi déviée à droite; l'uretère gauche, pour la rejoindre, s'accole, en y adhérant intimement, à toute la portion gauche de la tumeur sur laquelle il forme comme un canal creusé à sa périphérie. Les deux uretères comprimés par la tumeur ont un diamètre environ quatre fois plus grand qu'à l'ordinaire, et leurs parois ont triplé d'épaisseur. L'uretère gauche, ayant son embouchure dans le bassinet, sur une étendue de 0m,003, présente sur sa face interne des sortes de valvules conniventes, limitant entre

(1) Hubert. *Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 876.

(2) Budin. *Archives de tocologie*, t. II, p. 60.

elles des culs-de-sac plus ou moins saillants en dehors : il est impossible de faire pénétrer directement un stylet dans la cavité du bassinet. La substance des deux reins est criblée d'une multitude de petits abcès. La tumeur du petit bassin représente assez exactement, à première vue, un utérus gravide. A son extrémité supérieure et postérieure, se dessine nettement un fond utérin de $0^m,08$ de large et à chaque angle duquel est annexé un ovaire normal. Le reste des ligaments larges a disparu presque complètement dans le développement de la tumeur; les veines qu'on y trouve sont sinueuses, notablement dilatées. La malade, dans les derniers jours de sa vie, avait présenté des vomissements, du délire, un abaissement de température qui sont attribués à l'urémie par l'auteur de l'observation.

OBSERVATION II (obs. de Hubert).

Corps fibreux interstitiel pris pendant la vie pour un polype sous-muqueux; symptômes urémiques; tentatives infructueuses d'énucléation (hystérotomie vaginale); mort; rein brightique.

Il s'agit d'une femme de service de M. Dolbeau qui, déjà albuminurique depuis quelque temps, fut prise, il y a deux mois, de métrorrhagies fort abondantes. On avait constaté facilement la présence d'une grosse tumeur utérine qui débordait notablement le pubis. Le toucher vaginal avait fait sentir une masse saillante qui paraissait proéminer de l'intérieur de la cavité utérine. On essaya d'énucléer ce polype, mais sans y parvenir. La malade mourut deux jours après au milieu de symptômes cérébraux qui, peut-être (dit l'auteur), étaient en relation avec les lésions rénales constatées à l'autopsie.

Indépendamment des désordres causés par une maladie de Bright, confirmée, on constata qu'il s'agissait d'un volumineux myôme interstitiel qui avait poussé un prolongement entre les fibres de la lèvre postérieure du col de l'utérus, ce qui donnait lieu à l'illusion du toucher.

OBSERVATION III (obs. de Budin).

Corps fibreux de l'utérus faisant saillie dans la cavité vaginale; compression du col de la vessie; rétention d'urine méconnue; ponction de la vessie; phlébite utérine; mort.

Il s'agissait d'une femme de 52 ans, chez laquelle l'existence d'un

corps fibreux avait amené une rétention d'urine qui fut méconnue, la malade n'ayant jamais éprouvé aucune douleur, la miction paraissant régulière et normale, les urines elles-mêmes n'étant point altérées.

L'existence de la tumeur liquide formée par la vessie, tumeur dont la véritable nature n'avait pas été soupçonnée, avait rendu le diagnostic difficile.

La ponction de la vessie, faite avec le trocart capillaire de l'appareil Dieulafoy et l'aspiration n'avaient été suivies d'aucune inflammation de l'appareil urinaire.

La malade avait succombé rapidement avec des accidents de phlébite utérine; le toucher vaginal, pratiqué très fréquemment, n'était peut-être pas étranger au développement de cette maladie.

(Le compte rendu de l'autopsie ne parle ni des uretères ni des reins.)

On trouve dans Caternault (1) et dans d'autres auteurs de semblables erreurs de diagnostic dues à la même cause. Dans un cas de Dolbeau (2), un corps fibreux pelvien, bien que dépourvu d'adhérence, avait occasionné l'urémie. C'est encore à la compression des uretères par un corps fibreux qu'on a attribué la suppuration des reins dans une observation de Fourestié (3).

Voilà pour les cas graves. Bien plus fréquemment on observe des phénomènes atténués d'urémie et principalement des vomissements dans les cas où l'excrétion de l'urine est plus ou moins gênée par la présence d'un corps fibreux. L'origine réelle de ces accidents a été bien indiquée par Winckel (4).

La rétention d'urine est souvent incomplète ou intermittente, mais elle peut être parfois si persistante et si pénible qu'elle devient une véritable indication d'intervention chirurgicale; en effet, bien qu'on puisse y porter remède par le cathétérisme (qui est cependant très difficile dans certains cas),

---

(1) *Essai sur la gastrotomie*, etc. Paris, 1866.

(2) Dans la thèse de Milliot, *loco citato*.

(3) *Gaz. méd. de Paris*, 1875, nos 6 et 7.

(4) Winckel. *Uber Myome des uterus. Volkmann's Vorträge*, no 98.

l'incommodité qui en résulte pour les malades devient promptement insupportable. Auguste Reverdin (1) vient de publier un cas d'hystérotomie suivi de mort où le principal trouble morbide qui avait déterminé la malade à réclamer l'opération n'était autre qu'une rétention d'urine causée par un corps fibreux enclavé dans le petit bassin. L'autopsie ne relate malheureusement pas l'état des reins. La rapidité extrême de la mort et l'intensité de la septicémie qui l'a causée nous font soupçonner qu'ils n'étaient pas intacts.

Est-il possible de faire autre chose que de soupçonner la compression des uretères? Pourra-t-on arriver à la diagnostiquer sûrement par l'examen des urines? Des recherches dirigées dans ce sens feront-elles découvrir des modifications notables, soit dans la quantité, soit dans la qualité du liquide excrété? Leur résultat pourrait être précieux. Dans l'état actuel de nos connaissances, c'est bien plutôt d'après les phénomènes rationnels et les symptômes bien connus de l'urémie lente que le chirurgien fixera son diagnostic. On peut dire qu'il suffit que l'attention soit éveillée sur ce point pour que l'on saisisse des signes dont la véritable origine aurait sans cela été méconnue.

Nous n'hésiterions pas à voir dans des symptômes de ce genre, gastriques ou pulmonaires bien avérés, quelque atténués qu'ils fussent d'ailleurs, une indication formelle d'intervention immédiate. Temporiser, en effet, ce serait compromettre le succès de toute opération ultérieure, car le traumatisme offre une gravité excessive toutes les fois que l'appareil rénal est sérieusement atteint. M. Verneuil (2) a récemment encore insisté sur ce fait à propos d'opérées de tumeurs de sein,

---

(1) A. Reverdin. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1884, p. 318.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1884, p. 693-708. (*Des épanchements pleuraux consécutifs à l'ablation des tumeurs du sein*).

ayant rapidement succombé à une pleurésie consécutive; ces malades étaient atteints de lésions rénales profondes. L'année dernière Charles-K. Briddon (1) a, de même, rapporté à des néphrites concomitantes les accidents mortels qui ont rapidement suivi deux de ses ovariotomies. Cet auteur cite Spencer Wells, Osborne, L. Tait, Traube, etc., et admet avec eux que l'accumulation dans le sang des matériaux de l'urine prédispose considérablement aux affections inflammatoires. Il faut remarquer, en effet, que si la perturbation de l'organisme produit par une grande opération, ne peut manquer en toute condition de troubler profondément la fonction urinaire, ce trouble sera d'autant plus grave que la fonction était déjà compromise antérieurement avant l'action perturbatrice venant rompre un équilibre et pour ainsi dire une compensation dès longtemps établie; grâce à elle l'appareil rénal altéré pouvait suffire à l'élimination des produits excrémentitiels : il n'en est plus de même lorsqu'un grand traumatisme (accident ou opération) a détruit cet équilibre et l'urémie peut se produire alors avec une rapidité et une intensité foudroyantes.

On pourrait comparer ce processus à la rupture de la compensation d'une lésion cardiaque brusquement remplacée par l'asystolie sous les mêmes influences.

Enfin, une cause qui entre sûrement pour une bonne part dans l'apparition ou l'exagération des troubles rénaux chez les opérées, c'est la longue durée de l'anesthésie opératoire, fait si ordinaire dans l'hystérotomie. Le chloroforme absorbé en grande quantité ne peut manquer de porter son action sur l'épithélium rénal et d'ajouter ainsi une gêne nouvelle à l'élimination des matériaux de l'urine, gêne immédiatement dangereuse lorsque cette élimination est rendue déjà précaire par une lésion de l'organe.

Enfin nous ne saurions oublier la part considérable qui

(1) Briddon (Charles-K.). *Fälle von Laparotomie mit Betrachtungen über die Todesursachen.* Analysé dans *Centralb. f. Gynäk.*, 1884, p. 338, d'après le *New-York med. Record.*, 1883.

peut revenir au système nerveux et aux actions réflexes paralysantes parties du champ opératoire ou traumatique (1), soit que cette action agisse seule, soit qu'elle vienne se joindre en les aggravant aux autres causes d'urémie. Il est impossible d'expliquer autrement les cas d'anurie presque complète tels que celui de l'observation IV.

(On remarquera que dans ce cas l'un des reins était désorganisé et que, par suite, l'appareil de l'urination était pour ainsi dire devenu un *lieu de moindre résistance* particulièrement exposé à un choc en retour du système nerveux.)

Observation IV (résumé).

Anurie consécutive à l'hystérotomie; lésions rénales; mort.

Hystérotomie abdominale par M Polaillon pour un corps fibreux volumineux ayant déterminé des hémorrhagies considérables et de l'ascite. Urines rares, mais sans albumine. Mort de péritonite trois jours après l'opération. Anurie presque complète pendant ces trois jours; la sonde retire à peine quelques gouttes de liquide. A l'autopsie l'on trouve, à droite, un rein kystique où le microscope décèle une sclérose manifeste. L'uretère droit est dilaté considérablement. Rien à gauche, au moins à l'œil nu (l'examen histologique n'a pas été fait pour ce rein). (Cette observation encore inédite paraîtra dans les *Bulletins de la Société anatomique* de février 1884; elle a été recueillie par M. Berthod, interne.)

Les précédentes considérations suffisent pour expliquer la gravité particulière du pronostic de l'hystérotomie toutes les fois qu'une complication rénale pourra être soupçonnée, quelle que soit du reste la lésion. Celle-ci sera parfois de la néphrite rendue manifeste par l'albuminurie, comme dans l'obs. II. D'autres fois, et le plus souvent peut-être, la dilatation des uretères (obs. I et IV) ou même celle des bassinets constituent une hydronéphrose (voir plus loin obs. V). A cette dernière observation, nous pouvons joindre une indication de Olshau-

(1) Nepveu. *Anurie et oligurie traumatiques*; note lue au Congrès de Clermont-Ferrand (Assoc. franç. pour l'avancement des sciences).

sen (1), qui trouva cette complication à l'autopsie d'une opérée d'hystérotomie morte au dixième jour par embolie pulmonaire.

Des recherches bibliographiques plus persévérantes nous auraient sans nul doute permis de découvrir d'autres faits similaires, — hydronéphrose consécutive à la présence d'un corps fibreux. Nous pensons qu'ils ne doivent pas être rares.

La suppuration de l'hydronéphrose est-elle de nature à faire reculer l'opérateur? Nous ne le pensons pas, surtout lorsque l'absence d'albumine dans l'urine permet de croire à l'intégrité du rein demeuré intact. L'observation suivante est un exemple des ressources de la chirurgie dans les cas les plus graves, et indique un plan opératoire qui a été couronné de succès.

Observation V (par M. S. Pozzi) (2).

Hystérectomie pour un corps fibreux de l'utérus compliqué d'hydronéphrose suppurée adhérant au corps fibreux; ligature élastique du pédicule maintenu à l'extérieur ; traitement ultérieur de l'hydronéphrose ; guérison.

Femme de 43 ans, Esther I...., couturière, entrée le 25 août 1883 à l'hôpital Pascal (annexe de Lourcine). Réglée à 14 ans; pas d'enfants ni de fausses couches.

Deux tumeurs remplissent l'abdomen : l'une médiane, solide, faisant corps avec l'utérus, est un corps fibreux du volume d'une tête d'adulte, dont le début remontait à 8 ans; l'autre, située dans l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque du côté droit, fluctuante et manifestement liquide, date de quatre ans. L'une et l'autre tumeur se sont développées lentement sans donner lieu à d'autres symptômes morbides qu'une légère douleur locale et une gêne croissante pour la marche, si bien que la malade a dû cesser tout travail. Il n'y a jamais eu de métrorrhagies ; jamais de coliques néphrétiques, ni de pus dans les urines. Entrée à la Pitié, service du professeur Brouardel, le 21 juillet 1883, elle y subit une ponction de la tumeur liquide pour laquelle on porte le diagnostic d'hydronéphrose. On retire 650 grammes d'un pus qu'elle compare à de la purée de pois. L'analyse chimique y a décelé

(1) Olshausen. *Zur Myomotomie und Amput. Ut. supravag.* — *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, t. XVI, p. 175, obs. II.

(2) *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1884, séance du 9 avril.

une très forte proportion d'urée. La tumeur ne reste pas longtemps affaissée. Elle se remplit de nouveau, et, en même temps, apparaissent des accès fébriles tous les soirs. Une seconde ponction n'amène pas de liquide. Il est probable qu'elle aura été faite trop en avant et aura pénétré dans le corps fibreux.

C'est alors que la malade entre à l'hôpital Pascal.

La tumeur du ventre offre un volume considérable.

A droite, tout l'espace compris entre les fausses côtes et le bassin est rempli par le kyste fluctuant. Au milieu et à gauche, remontant jusqu'au niveau de l'épigastre, siège la portion solide ou utérine de la tumeur, qui se continue manifestement avec la précédente, donnant à l'ensemble la forme d'un cœur de carte à jouer.

Le toucher vaginal montre le col abaissé et permet d'arriver tout autour sur la tumeur solide. Celle-ci est tout à fait immobile, mais ne plonge pas en arrière dans le petit bassin. Le toucher rectal confirme cette dernière particularité.

L'état général de la malade est devenu tout à fait mauvais. Elle a perdu l'appétit et les forces, demeure constamment au lit avec une légère fièvre hectique à accès vespéraux; la température, normale le matin, oscille le soir entre 38 et 38°5. Elle ne peut dormir qu'à l'aide d'une injection de morphine pratiquée chaque soir, vu les douleurs qu'elle ressent dans le côté et qu'exagère la pression.

L'urine, traitée par la chaleur et l'acide nitrique, est très légèrement albumineuse.

En présence de cette tumeur complexe, le chirurgien avait à se poser diverses questions :

1° L'opération était-elle indiquée? — L'état de plus en plus grave de la malade montrait que c'était l'unique chance de salut. Elle la demandait du reste énergiquement.

2° Fallait-il se borner à une opération partielle ayant pour but de guérir l'hydronéphrose suppurée dont le diagnostic était assuré par la ponction antérieure ? — Laisser dans l'abdomen la tumeur utérine qui avait déjà amené la destruction d'un des reins était trop menaçant pour l'autre et par suite pour la vie elle-même de la malade. Le chirurgien se proposa donc de faire une opération radicale.

3° Fallait-il opérer simultanément le kyste rénal suppuré et le fibrome utérin par la laparotomie? Enlever celui-ci et énucléer celui-là ou tout au moins le déterger et le drainer par l'incision abdominale?

Il parut que c'était là une entreprise trop périlleuse, qui, d'une part, aurait causé des délabrements énormes, si l'extirpation de toute la masse avait été tentée; qui, d'autre part, aurait exposé à la septicémie rapide par la voie péritonéale, si on n'avait pu enlever toute la poche purulente et si une communication quelconque eût été établie entre la cavité kystique et celle de la séreuse abdominale.

Restait donc un dernier parti à prendre : scinder en deux l'opération, traiter en deux temps et par deux voies différentes la tumeur utérine et la collection purulente qui lui adhérait. Eviter le plus possible d'aggraver la première opération par la seconde ; diminuer, en un mot, le danger en le divisant et le répartissant sur deux époques suffisamment éloignées.

D'après cette conception générale, le chirurgien adopta le plan opératoire suivant : Commencer par évacuer le kyste purulent par une ponction aspiratrice, sans espoir d'amener ainsi sa guérison définitive, mais pour maintenir la poche affaissée au moins pendant quelques jours. Profiter de ce répit pour pratiquer l'hystérectomie sans danger de rompre un kyste trop tendu; faire cette opération en prenant le plus grand soin de ménager la paroi de la poche purulente, et par suite avec le projet arrêté de faire au besoin un pédicule supplémentaire avec la portion d'hystérome adhérente à celle ci. Enfin, si la malade surmontait les dangers formidables d'une pareille entreprise, traiter ultérieurement l'hydronéphrose suppurée, demeurée la seule lésion, d'abord par les moyens les plus simples : ponctions et lavages antiseptiques, et au besoin par des moyens plus énergiques, — ouverture large et drainage dans une partie déclive de la poche — dès que la malade aurait de nouveau la force de supporter ce traitement. C'est ce plan qui a été suivi de point en point et qui a abouti à la guérison.

Le 17 septembre 1883, ponction aspiratrice. On retire un litre et demi de pus épais, verdâtre. La tumeur du flanc droit disparaît presque complètement.

Le lendemain, 18 septembre, l'ouverture de l'abdomen est pratiquée : incision partant un peu au-dessus du pubis et dépassant en haut de 6 centimètres l'ombilic. (Une grande ouverture était nécessaire pour bien se reconnaître et manœuvrer à l'aise.) Adhérences molles, généralisées, assez facilement décollées avec la main, partout, sauf en arrière, où cette manœuvre est plus laborieuse. La tumeur utérine est aussi complètement dégagée dans toute sa surface.

Restait, pour l'enlever, à la détacher des trois connexions suivantes :

1° A gauche, le ligament large qui s'implantait sur sa partie inférieure;

2° A droite, le ligament large dédoublé et remplacé par une énorme adhérence de l'hystérome avec la poche préalablement ponctionnée et dont les parois paraissent très résistantes : cette adhérence occupe une étendue comparable à deux fois la surface de la paume de la main (avant l'énucléation du corps fibreux);

3° Inférieurement, le col utérin, ou, pour mieux dire, la partie inférieure de l'utérus.

Pour faciliter cette manœuvre compliquée, M. Pozzi commence par circonscrire de toutes parts le champ opératoire à l'aide de trois ligatures élastiques placées dans les points précités, c'est-à-dire :

1° A l'union de la masse utérine et du ligament large gauche;

2° Sur l'adhérence droite de l'utérus et de la poche rénale;

3° Sur le col utérin à la base de la tumeur.

Cette dernière ligature est double et passe par transfixion à travers le col utérin, dont chaque moitié est étreinte isolément; la ligature de la moitié droite du col étreint aussi ce qui reste de distinc du ligament large droit. Il y a donc en tout quatre anses élastiques. Ces ligatures demeureront provisoires ou seront rendues définitives selon le cours ultérieur de l'opération.

S'étant assuré ainsi d'une parfaite hémostase, le chirurgien, armé d'un couteau d'amputation, fendit alors rapidement de haut en bas la tumeur utérine dans toute son épaisseur, de manière à la séparer en deux moitiés; puis, à l'aide du doigt et de la spatule, chacun de ces deux segments fut énucléé de la coque musculaire où il était contenu. On dut, pour cela, avoir parfois recours aux ciseaux. Il n'y eut aucun écoulement sanguin.

Cette première partie de l'opération avait été relativement rapide; la seconde, constituée par la confection du pédicule, devait être plus laborieuse. On commença par remplacer la ligature élastique qui serrait le ligament large gauche, par une double ligature de soie phéniquée; puis on sépara ce ligament de la capsule utérine qui existait seule à la place de la tumeur. On essaya de faire la même manœuvre à droite, au niveau de la grande adhérence de la poche rénale; mais on dut y renoncer après avoir perdu beaucoup de temps, et replacer la ligature élastique, pour se rendre maître de l'hémorrhagie.

Pour la même cause, les anses élastiques qui étreignaient le col utérin et le ligament large droit furent laissées en place.

On coupa toute la coque du tissu utérin, jusqu'à deux travers de doigt au-dessus des ligatures élastiques, et on se mit en devoir de maintenir ce volumineux moignon à l'extérieur. La tâche était difficile ; pour y parvenir, une section fut faite entre la ligature élastique du ligament large droit et celle qui serrait à sa base le lambeau très vasculaire de capsule utérine adhérent à la poche de l'hydronéphrose.

Ce lambeau constitua un premier pédicule. Un second fut formé par le col utérin lui-même et la base du ligament large droit. (On le voit donc, les ovaires ne furent pas enlevés.) Il fut nécessaire, pour amener et maintenir ces deux pédicules à l'extérieur, de les traverser avec de fortes broches qu'on dut également passer au travers des parois abdominales, vu la grande profondeur où étaient situés les moignons utérins. Ces broches, passées en arrière des liens élastiques, ont été d'une efficacité manifeste pour éviter la rétrocession des pédicules au moment de leur élimination.

Cette seconde partie de l'opération avait été très longue et très laborieuse ; toutefois on avait pu opérer presque constamment en dehors du ventre, en maintenant les parois abdominales rapprochées au-dessus des viscères, et on n'avait eu qu'une perte de sang insignifiante, malgré l'extrême vascularité des tissus divisés. Après la toilette rapide du péritoine, les parois abdominales sont refermées avec des sutures profondes et superficielles multipliées en couronne autour du double pédicule, de manière à affronter très exactement les surfaces péritonéales. Une ligature de sûreté, en forte soie, est placée autour du pédicule principal.

Durée totale de l'opération : deux heures quarante-cinq minutes. Pansement avec de la tarlatane imbibée d'une solution de sublimé à 2/000°. (La pulvérisation phéniquée a été faite tout le temps dans la pièce pour maintenir la saturation de l'atmosphère, mais le jet n'a pas été dirigé sur la malade.)

Les suites de l'opération furent très bénignes ; les pédicules présentèrent une tendance considérable à s'enfoncer dans la cavité abdominale ; mais, grâce aux broches (qui furent coudées sur cet effort), il n'y eut pas, de ce chef, le moindre accident. Suppuration assez abondante autour du double pédicule mortifié, dont la fétidité est très

bien combattue par des pansements au vinaigre de Pennès. A la chute des pédicules, survenue le 29 septembre, il reste une énorme cavité granuleuse en forme d'entonnoir qui se rétracte peu à peu. La cicatrisation est complète le 20 octobre.

Jusqu'à ce moment, la cavité de l'hydronéphrose était restée à peu près vide. Les douleurs qui siégeaient à son niveau avant la ponction n'avaient même pas reparu. La palpation faisait reconnaître une tumeur du volume d'une orange, environ.

Dans les premiers jours de novembre 1883, le kyste recommence à grossir ; toutefois, la malade qui se croit guérie, demande à sortir de l'hôpital pendant quelque temps.

Son état général est excellent, elle a repris des forces et de l'appétit, et marche facilement quoique un peu courbée sous l'influence de sa cicatrice abdominale.

Au mois de janvier, la poche purulente remplit de nouveau le flanc droit et la fosse iliaque du même côté; la compression qu'elle exerce donne lieu a des fourmillements dans la jambe.

Aucune réaction générale.

Le 20 janvier 1884, ponction avec l'appareil Potain ; on retire deux litres d'un pus verdâtre inodore, où l'analyse chimique révèle 4 grammes d'urée. La poche est lavée avec une solution de sublimé au millième, jusqu'à ce que l'eau ressorte claire. Compression abdominale.

A la suite de cette petite opération, il n'est survenu aucun phénomène morbide. La poche est restée vide et rétractée au delà de toute attente.

Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, la malade demande à sortir; il n'y a plus dans le flanc droit qu'une sorte de bride que l'on sent en déprimant les parois abdominales.

Depuis lors, elle est revenue plusieurs fois se soumettre à notre examen, et la dernière, le 15 mars; il n'y a pas trace de récidive.

(Si celle-ci s'était produite, on se proposait de faire une large incision et le drainage de la poche dans un point déclive, comme il a été dit plus haut.)

L'opérée a repris son travail et jouit d'une parfaite santé; il y a tout lieu d'espérer que la guérison est, cette fois, définitive.

Nous résumerons ainsi les conclusions de notre étude :

1° La compression de la vessie et des uretères est une complication fréquente des corps fibreux de l'utérus, même de

médiocre volume. Elle peut entraîner assez rapidement des altérations graves des reins (hydronéphrose, kystes, sclérose, (dégénérescence graisseuse).

2° Cette compression, lorsqu'elle agit sur la vessie, est assez facilement reconnue. Il n'en est pas de même lorsqu'elle porte sur les uretères; le plus souvent on ne peut que la soupçonner avant qu'elle n'ait amené la lésion des reins et des troubles dans la constitution normale de l'urine (albuminurie).

3° La compression de la vessie ou des uretères doit peser d'un très grand poids parmi les indications opératoires et peut déterminer à elle seule une intervention hâtive du chirurgien.

4° Dans le cas d'hydronéphrose, l'indication opératoire est particulièrement pressante, vu le danger qui menace le seul rein demeuré plus ou moins intact.

Le traitement de ces cas complexes sera rendu moins grave en divisant l'action opératoire. L'hystérotomie sera d'abord faite, et, après sa guérison, on pourra s'attaquer au kyste.

5° Le pronostic de l'hystérotomie est considérablement aggravé lorsque l'analyse des urines aura permis de diagnostiquer une altération rénale. Si celle-ci est très avancée (maladie de Bright confirmée), elle deviendra une contre-indication formelle à l'opération; il n'en sera pas de même d'un très léger degré d'albuminurie (obs. V).

VINGT-SEPT LAPAROTOMIES (1).

Par le professeur **Slavlansky**,
Membre de la Société des Médecins Russes à Saint-Pétersbourg.

Messieurs,

Toutes les fois que nous nous réunissons en séance solennelle, pour honorer l'un des membres de notre Société, il est d'usage, parmi nous, de faire des communications scientifiques et pratiques sur des questions se rattachant à cette branche importante de la science médicale, dont l'un des plus illustres représentants est celui que nous fêtons.

Voilà pourquoi, Messieurs, me conformant à l'usage établi, j'aurai l'honneur d'appeler aujourd'hui, pendant cette séance solennelle, votre bienveillante attention sur une question très importante de la pratique chirurgicale. Je me propose de vous parler des laparatomies, en me basant sur des données acquises par mon expérience personnelle, et qui toutes, se rapportent à la série des opérations que l'on fait pour l'ablation des néoplasmes et des tumeurs diverses qui se développent dans la cavité abdominale, ou pour l'extirpation des organes qui s'y trouvent; extirpation qui ne saurait être faite que par l'ouverture de la cavité abdominale, à travers sa paroi antérieure. Vous voyez, Messieurs, par cette définition, qu'il peut y avoir un grand nombre d'indications diverses, pour avoir recours à la laparatomie; mais ce qui me détermine à identifier en quelque sorte, toutes ces opérations diverses, en vue du résultat final, c'est un trait qui leur est commun dans la pratique, c'est l'inéluctable nécessité où se trouve l'opérateur d'observer rigoureusement la méthode antiseptique, toutes les fois qu'il fait une incision chirurgicale de l'abdomen.

(1) Communication faite à la Société des Médecins Russes, le 15 janvier 1884, à la séance solennelle en l'honneur du professeur E. J. Bagdanovsky, le vingt-cinquième anniversaire de son service.

La méthode antiseptique rigoureuse donne, dans la pratique, un caractère particulier, au groupe des opérations qui commencent par la laparotomie.

En les groupant au point de vue antiseptique, je suis bien loin de contester l'emploi des procédés de Lister dans d'autres opérations, je veux dire, seulement que le danger qui résulte quand on ne les emploie pas rigoureusement, dans le groupe des opérations, dont il s'agit, est trop évident; et malheur à celui qui en négligerait l'un de ses plus petits détails. Dans ce cas-là, 50 fois sur 100, l'opérée mourra inévitablement devant l'opérateur.

Cette opinion, — un peu tranchée peut-être, — que je me suis faite sur l'extrême utilité des antiseptiques, est due, malheureusement, à mon expérience personnelle acquise dans nos hôpitaux, qui sont loin d'être des modèles d'ordre et de propreté. Ce n'est que là que l'on peut apprécier l'immense service que rend la propreté artificielle que nous obtenons par les antiseptiques, et c'est encore là qu'on se rend compte des conséquences des fautes et de la négligence commises dans l'exécution des principes et des règles de la méthode de Lister. Avant de passer à l'examen des indications et des issues des laparotomies que j'ai faites, jusqu'au 1er janvier de l'année courante, je me permettrai d'appeler votre attention sur les règles élaborées pendant les dernières années dans ma clinique pour les laparotomies.

J'exige, avant tout, une propreté absolue partout, ce que j'obtiens ou par le lavage, ou au moyen des désinfectants. Parlons d'abord du local où ont lieu les opérations. La clinique d'accouchements et la section gynécologique placées sous ma direction sont encore loin de satisfaire, même aux plus modestes exigences de propreté; c'est un vieux bâtiment en bois (des baraques), qui a vu dans ses murs toutes sortes d'épidémies, de maladies infectueuses, qui renferme une salle pour les accouchements, une autre pour les femmes malades après les couches; ensuite des salles pour les femmes malades, quelquefois septiques (après les couches), qui se trouvent à côté de

celle affectée aux opérations, puis, viennent des logements habités, et le dépôt de tout le linge sale, provenant de la section des femmes de l'hôpital militaire; il est évident qu'une pareille installation n'inspire pas grande confiance au point de vue de la propreté. Il ressort de ce qui précède, que pour faire une laparotomie, dans notre clinique, il faut prendre les mesures les plus énergiques, pour obtenir, ne serait-ce que dans un coin du vaste bâtiment, la plus grande netteté possible.

Nous obtenons ce résultat, grâce aux soins de l'administration, en faisant blanchir à la chaux les murs d'une des petites salles, et en la désinfectant rigoureusement; outre cela, toute la nuit qui précède l'opération, deux et quelquefois trois pulvérisateurs à l'acide carbolique fonctionnent, en permanence, dans cette salle, de sorte que l'air de la chambre est pour ainsi dire *lavé*, et le plancher en est saturé. Néanmoins, il y a eu parfois des cas de mort de septicémie, malgré les soins les plus minutieux, quoique, généralement parlant, cette méthode ait donné des résultats très satisfaisants.

Ces cas de septicémie, que je viens de mentionner, m'avaient suggéré l'idée de faire les opérations, non seulement en dehors de l'hôpital, mais encore hors de la ville; c'est ainsi que je suis allé opérer dans les trois endroits suivants : dans le petit hôpital propret du ministère des Domaines, à Krassnoé-Sélo, dans les baraques de l'hôpital municipal de Tous-les-Saints, et dans la maison d'accouchements de la communauté des sœurs de charité de Pokrova. Certes, le déplacement de la malade, celui du personnel et de tout l'arsenal opératoire entraîne des frais assez considérables; mais ces frais sont largement compensés par l'heureuse issue des opérations. En thèse générale, tout ce qui entre et tout ce qui est apporté dans la chambre d'opération doit être absolument net et propre, et désinfecté au besoin; les aides et les assistants doivent porter des vêtements propres, dans la plus large acception de ce mot; être vêtus de sarraux d'été fraîchement lavés; tout le corps soigneusement lavé dans un bain chaud; les assis-

tants seuls (les médecins et les étudiants) préparent tout ce qu'il faut dans la salle des opérations; les serviteurs de l'hôpital, comme les gardes-malades, les aides-chirurgiens ne doivent pas être admis. Deux fois, j'ai eu la faiblesse de céder aux sollicitations, en laissant entrer ces colonies ambulantes de microbes, et deux fois, j'ai eu le malheur de voir succomber mes malades; et, cependant, les personnes introduites avaient été soigneusement désinfectées, en apparence. L'appareil instrumental nécessaire était ordinairement apporté, bien nettoyé, directement de chez le fabricant, avant l'opération, et placé dans une solution d'acide carbolique au 5e dans lequel il restait pendant l'opération. Quant aux éponges, il n'y a rien de plus difficile que de s'assurer de leur propreté, — et pour avoir cette certitude, il faut qu'un médecin expérimenté et parfaitement au courant des procédés de Lister en prenne le soin et la responsabilité. C'est vous dire qu'il serait préférable d'en confier l'entretien à une seule personne, à un aide compétent dans l'emploi des antiseptiques. Les désinfectants dont je me suis servi jusqu'à présent sont : l'acide carbolique, le sublimé corrosif, le jus de citron et l'iodoforme.

La veille de l'opération, la malade prend un bain; les parties sexuelles sont soigneusement lavées, on lui fait prendre un laxatif, de l'huile de ricin ordinairement, pour dégager les intestins, et le vagin est abondamment seringué pendant plusieurs jours, avec une solution à 2 0/0 d'acide carbolique. Tels sont les préparatifs de la malade à l'opération; le matin du jour de l'opération on lui donne seulement un verre de thé. Le chloroforme, dont je me suis toujours servi, est selon moi, le meilleur agent anesthésique, lorsqu'il est administré par un aide compétent; aussi je n'ai pas cru devoir en employer d'autres. Après la chloroformisation, la patiente, vêtue d'une chemise bien propre, est transportée dans la salle d'opération, dont la température doit être de 20° au-dessus de zéro; ensuite, on la dépose sur la table des dissections et on lui couvre le ventre d'un tissu en caoutchouc, muni d'une ouverture dont la grandeur doit être en rapport avec l'opération qu'il s'agit de faire;

les bords de ce tissu adhérent à la peau de l'abdomen, au moyen de la traumaticine; ce tissu est assez grand pour couvrir les pieds de l'opérée, jusqu'au bord de la table, en formant entre ses jambes une espèce de rigole par où s'écouleront les liquides dans la cuvette placée au-dessous. Ensuite on lave la partie du ventre apparente de la patiente, au moyen d'une brosse, avec du savon carbolique, et, une minute avant l'opération, les mains du chirurgien et de son aide aux manipulations, ainsi que la peau du ventre de la patiente, sont mouillées abondamment avec du jus de citron.

Pendant la laparotomie, quatre aides sont nécessaires : le 1er pour les manipulations techniques nécessitées par l'opération que l'on fait; le 2e pour le service des éponges dont il est responsable; le 3e pour passer les instruments; il doit être compétent dans tout ce qui concerne les ligatures en soie, ainsi que du nombre et de la qualité des instruments nécessaires à l'opération donnée; le 4e pour anesthésier la malade. Voilà tout le personnel auquel on devrait se borner, pour qu'il n'y ait pas plus de cinq à six personnes dans la salle, y compris l'opérée. Comme professeur chargé d'un cours, je suis forcé de donner la permission d'assister aux opérations, aux étudiants et à quelques jeunes médecins, mais je tâche, tout de même, de réduire autant que possible, le nombre des assistants, de sorte qu'il y a rarement plus de douze personnes, et jamais plus de vingt assistants. Personnellement, je trouve que dans l'état actuel des choses, c'est simplement un crime de faire des laparotomies devant un nombreux auditoire.

Le nombre des instruments qui doivent servir à l'opération doit aussi être réduit jusqu'au minimum suivant : deux scalpels, deux pinces, deux paires de ciseaux, une ou deux douzaines de pinces hémostatiques, deux pinces de Nélaton, pour le kyste, un tube en caoutchouc, enfin deux pinces longues, de Hégar, pour le pédicule, et une quantité suffisante d'aiguilles de soie et de ligatures en soie. Voilà tous les instruments qu'il faut avoir sous la main, et qui doivent être placés dans une solution d'acide carbolique. Tous les autres instruments repré-

sentent, en quelque sorte, le luxe; certes il est très agréable d'en avoir toujours à sa disposition, et lorsque on en a, il faut les entretenir dans une grande propreté, les enfermer dans une armoire, après avoir enveloppé, chacun séparément, dans du papier de soie, et enfin, ne s'en servir que pour des opérations dans la même salle de dissections.

Pendant l'opération, il est utile d'observer que chacun des aides remplisse uniquement la tâche qui lui est confiée; c'est une condition nécessaire pour maintenir le bon ordre et la propreté dans l'ensemble de l'opération.

Depuis quelque temps, j'ai cessé d'employer le *spray* pendant l'opération, j'exige seulement qu'il fonctionne pendant toute la nuit et le matin qui précède l'opération. Lorsque l'opération dure longtemps, cet agent très actif agit défavorablement, non seulement sur la patiente, mais aussi sur l'opérateur et ses aides, qui ressentent une grande fatigue, après avoir respiré l'air saturé d'acide carbolique (on en retrouve quelquefois des traces dans l'urine, vingt-quatre heures après l'opération).

Après l'extirpation de la tumeur, je n'entreprends le nettoyage de la cavité péritonéale, que lorsqu'il y a un épanchement de sang ou du liquide contenu dans le kyste; autrement, je supprime cette phase de l'opération, et je me hâte de fermer la plaie. Je dis que *je me hâte*, parce que dans les conditions où se fait l'opération, il est essentiellement utile d'en abréger la durée. N'ayant pas de local aménagé d'une manière satisfaisante, on ne peut accorder qu'une confiance assez limitée dans la propreté obtenue par des procédés artificiels, et la guérison est toujours plus certaine lorsque la cavité péritonéale a été exposée le moins possible à l'influence des principes infectants du milieu, et aux miasmes aériens.

Sur les manipulations opératoires concernant le pédicule, j'appellerai votre attention, Messieurs, lorsque je vous parlerai des ovariotomies; pour le moment, je me bornerai à vous dire en quelques mots mon opinion, sur le traitement auquel on doit soumettre la malade après l'opération. Nous n'avons jamais soumis nos malades au traitement spécial (opium, etc., etc.) re-

commandé par quelques-uns de nos confrères. Nous n'admettons qu'un traitement purement symptomatique. Au point de vue diététique, nous donnons toute notre attention au canal intestinal, et nous tâchons, en n'y introduisant que des aliments liquides pendant deux jours, de le préserver d'une trop grande activité, pour que les mouvements péristaltiques accélérés ne puissent rompre les délicates soudures qui se forment, fatalement, dans la cavité péritonéale, après chaque laparotomie.

Dans la période normale qui suit l'opération, la malade n'a pas d'accès de fièvre.

Voilà les conditions dans lesquelles on doit faire la laparotomie; elles restent les mêmes, qu'il s'agisse d'une incision exploratrice ou d'une grande opération, ayant pour but l'extirpation des tumeurs des divers organes de la cavité péritonéale.

Jusqu'au 1er janvier de l'année courante, j'ai fait 27 laparotomies qui m'ont été indiquées par les maladies les plus diverses. Je crois de mon devoir de vous les communiquer toutes ensemble, sous la rubrique générale de laparotomies, et ensuite les diviser par groupes. Je procède ainsi, parce qu'une partie très considérable des ovariotomies, des utérotomies et des castrations commence, à proprement parler, par une incision explorative.

En exposant chaque cas de l'incision de l'abdomen, l'un après l'autre, comme ils se présentent, on se rend mieux compte de l'ensemble des matériaux dont dispose l'opérateur, de l'opinion qu'il s'est formée là-dessus, et du rapport qui existe entre le chiffre des mortalités et des guérisons sur une quantité donnée des opérations. Je n'entrerai pas dans une description détaillée des divers cas de maladies, mais je me permettrai de les grouper dans les tableaux ci-après, d'où l'on pourra se rendre compte des particularités saillantes de chaque cas.

Numéros d'ordre	NOMS et prénoms.	AGE.	NOMBRE des accouchements.	DIAGNOSTIC clinique.	Quand on a remarqué la tumeur.	OPÉRATIONS.	AN, DATE et lieu de l'opération.	ADHÉRENCES.	MANIPULATION avec le pédicule.	DURÉE de l'opération.	DIAGNOSTIC anatomique de la tumeur.	ISSUE de l'opération.	REMARQUES particulières.
1	Natalie Grigorieff, femme d'un sacristain.	37	4	Parturiens mioma retrocervicalis uteri.	»	Sectio cæsarea.	Le 15 mars 1878, dans l'ancienne clinique en pierre, actuellement démolie.	»	Suture de catgut de la plaie de la matrice.	1/2 h.	Myoma retrocervicalis uteri inoperabilis.	Collapsus, morte 12 heures après.	»
2	Alexandra Savelieva, bourgeoise.	35	2	Cystoma ovarii.	1 an 1/2	Ovariotomia partialis.	A l'hôpital de Krasnoé Sélo, le 29 sept. 1878.	Anciennes adhérences des surfaces avec le cœcum et le mésentérium.	La partie du kyste non extirpée est cousue dans la plaie de l'abdomen, drainage du kyste.	1 h. 1/2	Cystoma proliferum glandulare ovarii dextri.	Guérie.	Etait ponctionnée 2 foi[s] avant l'opération à la clinique.
3	Sarah Laïmonoff, israélite, femme d'un ouvrier.	24	1	Cystoma ovarii sinistri.	6 mois.	Ovariotomia completa.	Dans les vieilles baraques de la clinique, le 1er novembre 1878.	Sans adhérences	Nouée dans 2 ligatures en soie et cousu dans la plaie de l'abdomen.	40 m.	Cystoma phillodes proliferum glandulare ovarii dextri.	Guérie.	Devenue enceinte et [a] accouché d'u[n] enfant vivan[t] le 29 nov. 1880. Se portait bie[n] en 1883.
4	Sophie Ainidoff, femme d'un marchand.	38	5	Cystoma ovarii dextri.	2 ans.	Ovariotomia completa.	A l'hôpital des sœurs de la communauté de Pakrova, le 12 déc. 1879.	Adhérences considérables avec l'épiploon; 5 ligatures en soie sont abandonnées dans le péritoine.	Ligature en soie et le pédicule cousu dans la plaie de l'abdomen.	40 m.	Cystoma phillodes proliferum glandulare ovarii sinistri.	Guérie.	»
5	Matréna Iliina, paysanne.	23	0	Cystoma ovarii.	2 ans.	Ovariotomia partialis.	Le 30 décembre 1879, anciennes bara-	Adhérences complètes avec la paroi abdo-	La partie non excisée du kyste cousue dans la	2 h. 1/2.	Cystoma proliferum	Morte 2 j. après l'opération de la	»

							ques de la clinique.	minale, l'épiploon, l'intestin gros et grêle et la racine du mesenterii.	plaie de l'abdomen; drainage du kyste.		glandulare ovarii dextri.	peritonitis septica.	
6	Madame Poliakoff, veuve d'un officier.	35	0	Echinococcus peritonei ? Cystoma ovarii ?	8 mois.	Laparo-echinococcotomia.	Le 16 mars 1880, hôpital des sœurs de la communauté de Pakrova.	Adhérences complètes avec la paroi abdominale de devant.	Le sac incisé et drainé.	30 m.	Echinococcus altricipariens peritonei.	Guérie.	A eu le typhus exanthematicus dans la période de convalescence. Se portait bien en 1883.
7	Sophie Anissimoff, femme d'un capitaine.	39	3	Cystoma ovarii.	3 ans.	Ovariotomia partialis.	Dans les vieilles baraques de la clinique, le 9 août 1880.	Adhérences solides, complètes avec la paroi abdominale de devant, l'épiploon avec flaxura sigmoïde et dans la fossa illiaca sinistra.	Cousu dans la plaie de l'abdomen; drainage du kyste.	2 h.	Cystoma proliferum glandulare ovarii sinistri.	Morte 2 j. après l'opération. Péritonitis septica.	»
8	Akoulina Nicolaeva, paysanne.	35	0	Cystoma ovarii, ruptura, peritonitis universalis.	3 ans.	Laparotomia explorativa.	Le 15 octobre 1880, anciennes baraques de la clinique.	Avec côlon transversum et descendens.	»	1/2 h.	Cysto-carcinoma ovarii sinistri; ruptura cystæ; carcinosis peritonei, peritonitis universalis.	Morte 23 h. après. Peritonitis.	»
9	Catherine Scheïkovsky, fille d'un fonctionnaire	16	0	Cystoma ovarii.	6 mois.	Ovariotomia completa.	Le 6 mai 1881, anciennes baraques de la clinique.	Sans adhérences	Ligature en masse cousue dans la plaie de l'abdomen.	40 m.	Cystoma proliferum glandulare ovarii sinistri.	Guérie.	En 1882, apparaît une tumeur de la grosseur d'une orange, sortant du ligament large de droite.

Numéros d'ordre.	NOMS et prénoms.	AGE.	NOMBRE des accouchements.	DIAGNOSTIC clinique.	Quand on a remarqué la tumeur.	OPÉRATIONS.	AN, DATE et lieu de l'opération.	ADHÉRENCES.	MANIPULATION avec le pédicule.	DURÉE de l'opération.	DIAGNOSTIC anatomique de la tumeur.	ISSUE de l'opération.	REMARQUES particulières.
10	Eudoxie Ivanoff, paysanne.	41	0	Cystoma ovarii, avec suppuration dans le kyste.	5 ans.	Ovariotomia partialis.	Le 20 août 1881 anciennes baraques de la clinique.	Adhérences avec toute la paroi abdominale de devant, l'épiploon et le cœcum.	La partie du kyste non excisée cousue dans la plaie de l'abdomen ; drainage du kyste.	1 h. 1/2	Cystoma proliferum glandulare ovarii dextri.	Guérie.	»
11	Olga Vassilieff, bourgeoise.	25	1	Cystoma ovarii.	1 an.	Ovariotomia partialis.	Anciennes baraques de la clinique, 21 avril 1882.	Adhérences complètes, surtout avec le mésentérium et l'intestin grêle ; 32 ligatures.	Id.	2 h.	Cystoma proliferum glandulare.	Guérie de l'opération.	Morte peu de temps après de la péritonite.
12	Irène Ivrenoff, paysanne.	23	0	Fumoovarii ?	1 an 1/2	Ovariotomia completa (ovarii cancrosi).	Le 8 septembre, hôpital des sœurs de charité de Pakrova	Sans adhérences	9 ligatures en soie et abandonnées dans la cavité abdominale.	2 h. 1/2	Carcinoma ovarii sinistri.	Morte le 4e jour. Peritonitis universalis.	La tumeur pesait 3,000 g., était tout à fait solide, sans traces de kystes.
13	Lucrèce Nikitine, paysanne.	33	1	Cystoma ovarii sinistri.	1 an.	Ovariotomia completa.	Le 17 octobre 1882, hôpital des Saints.	Sans adhérences	Clamp de Wells.	50 m.	Cystoma proliferum glandulare ovarii sinistri.	Guérie.	»
14	Lisa Kocoo, paysanne.	31	3	Cystoma ovarii.	2 ans.	Laparotomia explorativa.	Le 20 octobre 1882, hôpital des Saints.	Adhérences anciennes complètes.	»	20 m.	»	Guérie.	»

15	Pиама Ignatieff, paysanne.	26	0	Cystoma ovarii.	10 m.	Ovarioto mia com pleta.	Le 31 octobre 1882, baraques de la clinique.	Adhérences avec l'epiploon, 2 ligatures.	Divisées en 8 parties par 8 ligatures en soie; abandonné dans la cavité abdominale.	1 h.	Id.	Guérie.	Au moment de nouer le pédicule, une hémorrhagie considérable de l'art spermatica interna.
16	Marie Batafor, sage-femme.	19	0	Cystoma ovarii.	2 m.	Laparotomia explorativa.	Le 5 décembre 1882, anciennes baraques de la clinique.	Peritoneum parietale de symphysis de pubis se transforme directement en tumeur, sans adhérences.	»	30 m.	Cysto-carcinoma parovarii dextri.	Guérie de l'opération.	Morte en 1883, au mois de mars, du cancer.
17	Marie Danielsohn, sage-femme.	19	0	Cystoma ovarii.	7 m.	Ovariotomia duplex	Le 19 décembre 1882, anc. bar. de la clinique.	»	Chaque pédicule avec 2 ligatures en soie, abandonné dans la cavité abdominale.	2 h. 25	Cystoma proliferum glandulare duplex.	Guérie.	Avait 3 hémorrhagies du rectum de un jour de durée; pas de menstruation.
18	Anne Gonsiorovska, vᵉ d'officier.	39	0	Cystoma ovarii.	8 ans.	Ovariotomia completa.	Le 30 janvier 1883, anc. bar. de la clinique.	Adhérences considérables avec la paroi abdominale de devant.	5 ligatures en soie; abandonné dans la cavité abdominale.	1 h. 40	Cystoma proliferum glandulare ovarii dextri.	Morte le 3ᵉ jour. Peritonitis septica.	»
19	Sophie Alexandroff, bourgeoise.	38	0	Cystoma ovarii.	8 ans.	Ovariotomia completa.	Le 30 mars 1883, anc. bar. de la clinique.	Adhérences complètes avec l'épiploon; 5 ligatures.	8 ligatures en soie; abandonné dans la cavité abdominale.	2 h. 30	Cystoma proliferum glandulare ovarii sinistri.	Morte le 4ᵉ jour. Peritonitis septica.	»

Numéros d'ordre.	NOMS et prénoms.	AGE.	NOMBRE des accouchements.	DIAGNOSTIC clinique.	Quand on a remarqué la tumeur.	OPÉRATIONS.	AN, DATE et lieu de l'opération.	ADHÉRENCES.	MANIPULATION avec le pédicule.	DURÉE de l'opération.	DIAGNOSTIC anatomique de la tumeur.	ISSUE de l'opération.	REMARQUES particulières.
20	Gertrude Jantoukène, paysanne.	29	1	Cystoma ovarii.	3 ans.	Ovariotomia completa.	Le 27 avril 1883, clinique du baronnet Willy.	Sans adhérences	2 ligatures en soie divisent le pédicule en deux parties; abandonné dans la cavité abdominale.	1 h. 30	Cystoma proliferum glandulare ovarii sinistri.	Guérie.	»
21	Marthe Froloff, paysanne.	43	1	Fibro-myoma uteri interstitialis.	1 an.	Laparomyatomia; amputatio uteri supravaginalis.	Le 11 sept. 1883, maison d'accouchem. de Pokrova.	Sans adhérences	Clamp et tube en caoutchouc serrés dans la plaie de l'abdomen.	2 h. 10	Fibromyoma cystica uteri intersticialis (fundalis).	Guérie.	»
	Daria Ekimova, paysanne.	35	5	Cystoma ovarii.	4 ans.	Ovariotomia completa.	Le 6 octobre, anc. bar. de la clinique, 1883.	Adhérences avec l'épiploon, 2 ligatures.	Clamp serré dans la plaie de l'abdomen.	2 h. 15	Cystoma proliferum glandulare ovarii dextri.	Guérie.	»
23	Olga Gorsky, bourgeoise.	41	2	Cystoma ovarii.	3 ans 1/2	Ovariotomia partialis.	Le 17 novembre 1883, maison d'accouch. de Pakrova.	Anciennes adhérences complètes avec la paroi abdominale de devant, l'épiploon, flexura sigmoïdea et mésentérium.	Cousu dans la plaie.	2 h. 30	Cystoma proliferum glandulare ovarii sinistri.	Morte 2 j. après. Peritonitis septica.	Plusieurs fois ponctionnée avant l'opération.

24	Pélagie Botchkareff, femme d'un soldat.	37	1	Cystoma ovarii dextri.	15 m.	Ovariotomia completa.	Le 1er décembre 1883, maison d'accouch. de Pokrova.	Sans adhérences	Clamp et cousu dans la plaie.	1 h. 45	Cystoma proliferum glandulare ovarii dextri.	Guérie.	»
25	Anasthasie Aléxeïeff, bourgeoise,	47	3	Cysto-carcinoma ovarii.	5 mois.	Laparotomia explorativa.	Le 8 décembre 1883, maison d'accouchem. de Pokrova.	Dissémination cancéreuse sur le péritoneum pariétale, très étendue, solide et vascularisée.	»	25 m.	Carcinosis peritonei cysto-carcinoma ovarii dextri.	Guérie de l'opération.	»
26	Alexandrine, Nassoutkine.	30	0	Cysto-carcinoma ovarii.	10 m.	Id.	Le 28 décembre 1883, maison d'accouch. de Pokrova.	»	»	30 m.	»	Guérie de l'opération.	»
27	Vassilissa Ivanoff, femme d'un soldat.	63	0	Hydrometra vagina duplex.	19 ans.	Laparo-hysterectomia partialis.	Le 29 décembre 1883, maison d'accouch. de Towrowr.	Sans adhérences	Clamp et drainage.	2 h.	»	Guérie de l'opération.	»

Tous les cas cités ci-dessus peuvent être divisés en catégories suivantes :

OPÉRATIONS.	NOMBRE de cas.	GUÉRIES.	MORTES.	MORTALITÉ p. 100.
Laparotomia explorativa...	5	4	1	20 0/0.
Ovariotomia partialis......	6	3	3	50 0/0.
Ovariotomia completa......	11	9	2	18 0/0.
Excision du cancer de l'ovaire...................	1	»	1	»
Laparoechinococcotomia...	1	1	»	»
Lapamyomatomia. Amputatio uteri supravaginalis..	1	1	»	»
Laparohysterectomia partialis. Hydrometra.........	1	1	»	»
Sectio caesarea...........	1	»	1	»

En analysant les divers cas d'après les catégories sus indiquées, nous nous arrêterons sur quelques-uns d'eux. La laparotomia explorativa se fait dans le but d'un diagnostic plus précis, pour bien se rendre compte si l'opération complète est possible ou non. Les difficultés insurmontables de diagnostiquer avec exactitude l'étendue des tumeurs malignes, des organes de la cavité péritonéale et du péritoine, d'une part, et d'autre part, l'impossibilité de préciser le caractère et l'étendue des adhérences des tumeurs bénignes avec les organes qui les entourent ; toutes ces causes réunies justifient pleinement la nécessité de faire les incisions exploratrices. Je dirai plus : malgré nos moyens perfectionnés du diagnostic clinique, il arrive quelquefois que l'incision de l'abdomen nous met en présence de difficultés tellement insurmontables, que nous nous décidons à laisser l'opération inachevée, en nous bornant, *volens nolens*, à une laparotomie explorative ; de sorte qu'il y a des cas, — et il y en aura toujours pour un chirurgien qui n'écarte pas, de parti pris, les cas graves, — où il sera obligé *ex necessitate* d'admettre, ne serait-ce qu'*a posteriori*, une incision exploratrice. Du reste, même au point de vue de l'issue de ces opérations, il n'y a rien qui nous force

de les éviter. Avant la découverte des antiseptiques, le degré de mortalité a été assez considérable, et, néanmoins, la laparotomie exploratrice avait été admise *ex necessitate*, comme je viens de le dire. Ainsi Spencer Wells a fait 24 incisions exploratrices sur 500 ovariotomies ; 7 sujets sont morts dans l'espace de trois à dix jours après l'opération (29 0/0). Maintenant, ce degré de mortalité doit baisser à son minimum et être égal à celui d'une simple ponction.

Parmi mes malades, une seule est morte sur cinq que j'avais opérées, et encore cette mort ne saurait être entièrement attribuée aux suites de l'opération.

La patiente dont je parle était presque à l'agonie. Le diagnostic a établi qu'elle avait une péritonite générale, provoquée par la rupture spontanée du kyste de l'ovaire.

On sait que ces cas ne sont pas tout à fait rebelles au traitement chirurgical, mais, abandonnés à eux-mêmes, ils se terminent fatalement par la mort. Néanmoins, dans le désir de tenter un dernier effort pour sauver la malade, j'avais décidé de faire la laparotomie ; l'incision de l'abdomen a prouvé que notre diagnostic était juste en ce sens que le kyste s'est rompu, et qu'il y avait une péritonite générale secondaire, mais d'autres détails n'ont pu être définis avant l'incision, avec une précision suffisante ; en effet, outre le kyste et la péritonite, nous avons trouvé des adhérences solides avec les intestins, et une dissémination cancéreuse sur le *peritoneum parietale*. L'autopsie a aussi démontré le caractère cancéreux du kyste de l'ovaire. Ceci nous prouve que l'on ne saurait attribuer l'issue fatale à la laparotomie explorative.

Dans les quatre cas de guérison, nous avons dû nous borner à la laparotomie exploratrice pour les motifs suivants : dans deux cas, par suite du caractère cancéreux de la tumeur avec dissémination sur le *peritoneum parietale*, et dans les deux autres, par suite des anciennes adhérences complètes sur toute la périphérie des kystes assez volumineux. Dans le cas de la dissémination cancéreuse sur le péritoine, les nœuds étaient si petits qu'ils n'ont pu être diagnostiqués avant l'opé-

ration ; dans le cas des adhérences complètes dont il s'agit, on a bien constaté leur existence, mais sans pouvoir préciser leur étendue et leur forme. En revanche, dans deux autres cas, nous avons pu faire l'opération complète. Ces deux cas sont classés, sur le petit tableau, dans deux groupes différents, notamment dans celui de *laparoe chinococcotomia*, et celui de l'excision de la tumeur cancéreuse de l'ovaire. Pour le premier cas, le diagnostic hésitait entre le kyste de l'ovaire et l'échinococcus de la cavité péritonéale.

Ces deux hypothèses nous avaient paru les plus probables. Nous nous sommes décidé de faire une incision exploratrice, dans le but d'extirper tout ce qui serait susceptible de l'être. La laparotomie nous a mis en présence d'une des plus belles formes de l'*échinococcus altriciparíens*, qui a été complètement extirpé. La malade est guérie et se porte bien jusqu'à présent ; la tumeur n'a laissé aucune trace dans l'abdomen, sauf une cicatrice légère sur la *linea alba*.

Le deuxième cas (n° 12), se rapportant aussi à une tumeur de la cavité abdominale, n'a pu être diagnostiqué avec une précision suffisante, et ce n'est que pendant l'opération que nous avons constaté la présence d'une tumeur très solide de l'ovaire gauche. Son extirpation n'a pas présenté de grandes difficultés.

L'analyse a démontré que cette tumeur était un des plus rares exemples de *carcinoma ovarii*, avec l'absence complète de formations kystiques ; elle pesait 3,000 grammes. La malade est morte quatre jours après l'opération ; cette issue fatale doit-elle être attribuée à ce que nous avions affaire à une tumeur cancéreuse de l'ovaire, qui ne laisse que bien peu de chances de guérison (Olshausen), — ou bien parce que, malgré toutes nos précautions, les procédés antiseptiques n'avaient pas été suffisamment observés ; je sais seulement qu'à mon insu, ont assisté à cette opération des médecins qui avaient soigné une malade morte la veille de septicémie.

Autant que je puis apprécier les résultats d'une incision exploratrice, je crois qu'elle est tout indiquée, même dans

l'hypothèse où l'on n'arriverait qu'à sauver une malade sur 10 opérées.

La seconde catégorie, *ovariotomia partialis*. « Il n'y a rien de plus pénible que la situation de l'opérateur qui, après avoir mis à nu la tumeur de l'ovaire, l'avoir vidée en partie et enfin excisé quelques adhérences se voit obligé de s'arrêter parce qu'il est impossible de l'extirper complètement ; il n'y a que ceux qui se sont trouvés tout à coup dans une situation semblable qui peuvent se rendre compte de ce qu'ils ont éprouvé. » Ainsi s'exprime Spencer Wells, dans la dernière édition de son ouvrage (*On ovarian and uterin tumors*), 1882, après avoir fait plus de 1,000 ovariotomies. Chez Schröder (*Mémoire sur les 300 ovariotomies*, clinique internat, 1883, p. 107), qui a posé en principe que toute tumeur de l'ovaire peut être opérée, nous trouvons aussi un cas où cet audacieux chirurgien a dû se borner à une ablation partielle du kyste (l. c. p. 109). Certes, les ovariotomistes qui ont déjà fait plusieurs centaines d'opérations sont dans le vrai lorsqu'ils disent que plus l'expérience de l'opérateur sera grande, moins il rencontrera de difficultés insurmontables.

Néanmoins, chacun doit passer par cette école, et moins l'opérateur aura les moyens de choisir entre ses patients les cas peu importants, plus souvent il sera forcé de se borner aux opérations partielles. Personnellement, n'ayant l'embarras du choix sous ce rapport, et, de plus, désapprouvant en principe cette manière d'agir, j'ai dû rencontrer, évidemment, des cas extrêmement graves. Les malades atteintes de tumeurs nous arrivent presque toujours dans la dernière période de la maladie ; ce sont ordinairement des sujets qui ont déjà passé par les mains de plusieurs médecins, puis, après s'être adressés un peu partout, viennent échouer à la clinique de l'hôpital ; il y a plus, ma clinique étant située dans un endroit très éloigné, je n'en recueille, de tout ce monde, que les plus grosses perles ! Et c'est grâce à cette circonstance, en quelque sorte exceptionnelle, que j'ai eu l'heureuse occasion de me trouver, au début de ma carrière, en face de difficultés très

grandes sous le rapport technique, ayant dû opérer tous le cas des kystes de l'ovaire, dont je ne pouvais exclure que le cas de tumeurs cancéreuses. Jusqu'à présent, je n'ai eu q 6 cas où j'ai dû me convaincre que je ne pouvais pas pouss l'opération jusqu'au bout. Du nombre des malades 3 so mortes dans l'espace de quatorze jours, et 3 sont guéries. C degré de mortalité est, en quelque sorte, inhérent à ce gen d'opérations partielles. Ainsi, Sp. Wells en a fait 28 s 500 ovariotomies; de ces 28 opérées, 12 sont mortes dans l'e pace de onze jours après l'opération, c'est-à-dire 44 0/0. E vue de cette issue fatale de l'ovariotomie partielle, je d qu'il se trouve des médecins qui la fassent de propos déli béré, et on ne saurait la considérer autrement que comm une ovariotomie manquée, pendant laquelle le chirurg s'est trouvé dans la situation pénible dont parle Spence Wells.

La troisième catégorie *ovariotomia completa*, 2 cas de m sur 11 malades, soit 18,1 0/0; résultat satisfaisant. Ces de cas de mort doivent être attribués à cette circonstance q l'opération a été faite en présence de 20 personnes et aides-chirurgiens; or, chacune d'elles a duré plus d' heure, et dans les deux cas on a employé le procédé int péritonéal pour le pédicule. La cavité abdominale est do restée ouverte plus longtemps que les conditions antiseptiq le permettaient. Les deux malades sont mortes le 3e ou jour après l'opération de la péritonite septicémique. Par les causes qui ont provoqué l'infection, j'ai mentionné le pro cédé de la manipulation intrapéritonéale du pédicule; en eff si nous analysons tous les cas qui nous sont soumis, au poi de vue du procédé de manipulation du pédicule, nous verro que dans six cas (nos 3, 4, 9, 13, 22, 24), on avait employé procédé extra-péritonéal et dans les cinq autres (nos 15, 1 18, 19, 20) le procédé intra-péritonéal; dans les six premie cas, pas une issue fatale, tandis que dans les cinq dernie cas, deux patientes sont mortes. Certes, ces chiffres ne se raient avoir une signification décisive dans une question

grave ; mais, en rapport avec d'autres données, ils ne sont pas dépourvus d'une certaine valeur.

Quant à moi, j'avoue que je préfère *à priori*, et même *à posteriori*, le procédé intra-péritonéal, car tous les avantages sont de ce côté, et j'estime que c'est suffisamment prouvé. Cependant, beaucoup de vérités incontestables dans certaines conditions, donnent des résultats opposés dans la pratique, lorsqu'on les applique dans d'autres conditions. C'est ce que nous voyons dans la question qui nous occupe. En me souvenant des paroles de feu le professeur Spiegelberg, qui nous disait que le degré de propreté chez les peuples diminue à mesure que l'on avance vers l'Orient, je trouve l'explication du sens des chiffres que je viens de citer. Nous voyons qu'à l'occident de l'Europe, en Angleterre, par exemple, il y a des chirurgiens qui rejettent les procédés antiseptiques (Keith, Bantock, Lawson Tait), et obtiennent cependant de brillants résultats, même supérieurs à ceux de leurs collègues qui sont des fervents partisans des procédés de Lister. Eh bien, il suffit de jeter seulement un coup d'œil sur leurs salles de dissection pour admirer l'exquise propreté qui y règne, et de comprendre que l'emploi des antiseptiques est superflu dans ces conditions. En Allemagne, au contraire, les brillants résultats que l'on obtient ne sont dûs qu'à l'emploi rigoureux des procédés antiseptiques. Chez nous, messieurs, malgré tous nos efforts, malgré l'emploi rigoureux des procédés de Lister, nous rencontrons encore, à chaque pas, des obstacles insurmontables, tellement nous sommes peu habitués à la propreté ! Il m'est arrivé de voir des aides parfaitement au courant des procédés antiseptiques, qui en négligeaient cependant l'application minutieuse, en se fiant à la chance ; il est évident que cette dérogation aux instructions précises qu'ils avaient reçues entraînait des fautes graves qui fournissaient des données très significatives à l'étiologie de l'issue fatale et l'expliquaient en même temps. C'est dans ces conditions surtout que la méthode technique de l'opération de l'ovariotomie doit avoir une signification particulière.

Je vous ai déjà dit que je crois très utile de pouvoir fermer le plus vite possible la cavité abdominale incisée ; le procédé extra-péritonéal permet de le faire plus vite ; on peut surtout apprécier cet avantage dans la *laparomyomatomia*.

En résumé, j'observe la règle suivante pendant les opérations. Si le pédicule de la tumeur est long et fin, de sorte qu'il est possible de nouer en plusieurs parties sans difficulté, je le fais aussitôt et je l'abandonne dans la cavité abdominale ; si, au contraire, il est gros et court ou peut être facilement déchiré, je pose un clamp et je couds dans la plaie. Par ce procédé, j'arrive à terminer plus vite l'opération et à allonger un peu la période de la convalescence, qui se passe sans accès de fièvre, grâce aux bandeaux à l'iodoforme. Une semaine de plus que la malade passera à l'hôpital ne doit pas nous arrêter parce que l'opération qui a duré peu de temps comporte plus de chances de guérison complète. Jusqu'ici, le procédé extra-abdominal ne m'a donné que de bons résultats.

En somme, n'étant pas partisan déterminé de l'un de ces deux procédés, je réserve ma décision pour chaque cas qui se présente, en tenant compte de toutes ses particularités, et en me basant sur les données sus indiquées.

Le chiffre de 11 ovariotomies est si faible qu'il m'est impossible de vous parler de la statistique de la mortalité en général ; d'opposer les deux cas de mort du chiffre de 11 malades (18 0/0) aux chiffres qui sont basés, non seulement sur des centaines (Schöder), mais sur des milliers d'opérations d'ovariotomie (Sp. Wells) ; je vous avais déjà dit cependant que je trouve satisfaisant le résultat que j'ai obtenu, en le comparant à celui de mes collègues qui sont aussi au début de leur carrière ; je vous citerai un de mes camarades, le professeur Léopold, qui vient de publier dans le dernier volume des *Archiv für Gynækologie* (XX) ses 30 laparotomies, dont 15 sont des ovariotomies complètes, il y a eu 3 cas de mort (20 0/0) ; le rapport des mortalités est presque le même que chez moi. J'ajouterai à cela que le professeur Léopold a employé les procédés antiseptiques. Si je me permets de comparer le résultat

que j'ai obtenu, et que j'appelle satisfaisant, à celui auquel on arrivait il y a vingt ans, en opérant dans des conditions presque identiques à celles d'aujourd'hui, moins l'emploi des procédés antiseptiques, je ne saurais faire un meilleur et un plus éloquent éloge de la méthode de Lister. En effet, en prenant les 11 premières opérations sur les 24 publiées par le professeur Krassoswky en 1868, nous verrons qu'il y a eu 6 guérisons et 5 cas de mort (soit 45,4 0/0 de mortalité) ; du reste, les 13 autres opérations ont donné le même résultat, puisque la mortalité pour les 24 cas cités était de 45,8 0/0.

La méthode d'opération du professeur Krassowsky et les conditions dans lesquelles on opérait alors, sont restées presque les mêmes, et pourtant la différence entre les résultats est énorme ; on ne saurait l'attribuer qu'au triomphe définitif des procédés antiseptiques.

Je ne vous parlerai pas des trois laparotomies intimement liées aux opérations de la matrice ; je me bornerai seulement à vous indiquer l'opération césarienne qui n'offrait, même *a priori*, aucune chance de succès ; ce cas sera décrit en détail dans le compte rendu sur la section d'accouchement de la clinique placée sous ma direction, et qui sera bientôt publié.

En terminant cet exposé de mes premiers pas dans la voie des grandes opérations, sur laquelle on rencontre tant de difficultés qui exigent du chirurgien une grande quantité de force morale, je crois de mon devoir de témoigner ma profonde et sincère reconnaissance à l'homme éminent qui, dans les moments difficiles, ne m'a jamais refusé son appui fraternel, à mon honoré maître et ami qui, pendant un quart de siècle, a servi avec éclat la science et l'humanité souffrante, et que nous venons fêter aujourd'hui !

REVUE DE LA PRESSE

CONTRIBUTION A LA CRÉATION D'UN MUSÉE GYNÉCOLOGIQUE (1)

(Service de M. Laroyenne)

D'APRÈS UN MODE PARTICULIER DE PRÉPARATION.

Quelques considérations cliniques et anatomo-pathologiques.

Par le Dr J. Rendu (de Lyon),
Chef de clinique d'accouchements de la Faculté.

Nous savons tous comment les pièces pathologiques molles sont conservées dans les hôpitaux et dans les musées de nos écoles : la pièce à conserver est simplement déposée dans un bocal, que l'on remplit le plus souvent d'alcool ou d'une solution phéniquée, puis le bocal est bouché, étiqueté et placé dans une vitrine. Qu'arrive-t-il plus tard, lorsqu'on veut étudier ces pièces, ou s'en servir dans un cours pour la démonstration? Admettons qu'elles ne remontent seulement qu'à 3 ou 4 ans. Il est impossible, avec la meilleure volonté, d'être tant soit peu satisfait de l'examen pratiqué au travers du bocal; la pièce est tassée au fond du vase, déformée, et baigne complètement dans un liquide plus ou moins trouble; un œil habitué a souvent même de la peine à reconnaître quel viscère on lui présente; à plus forte raison ne peut-il voir convenablement la lésion anatomique qui s'y trouve. Et cette remarque est également vraie pour les bocaux, très rares du reste, dans lesquels on a eu soin de tendre et de fixer la pièce avec des fils. De même aussi dans un cours, ne peut-on, à cause de son poids, mettre ce bocal en circulation dans les mains des élèves. Force est donc, si l'on veut faire profiter son auditoire des resssources de sa collection, de retirer les pièces des bocaux et de les faire circuler de mains en mains sur des plateaux. Eh bien!

(1) Communication à la Société de médecine de Lyon et extraite du *Lyon médical*, 1881.

même dans ces conditions, beaucoup d'élèves peu soucieux de se souiller les doigts, ne voient pas ou voient fort mal la lésion qu'on désire leur montrer.

Mais, sans qu'il soit besoin d'entrer dans plus de détails, j'en appelle ici à mes confrères qui fréquentent plus assidûment l'amphithéâtre; ils ne me démentiront pas, si j'avance que, lorsqu'une pièce est dans un bocal, en général elle y reste.

Voilà, Messieurs, pourquoi ce mode de conservation des pièces molles me semble défectueux et pourquoi j'ai l'honneur de mettre aujourd'hui sous vos yeux, un système que vous jugerez, je crois, meilleur et plus pratique.

Ce reproche, du reste, ne s'adresse pas seulement à nos collections lyonnaises, il vise aussi celles de Paris (musée Dupuytren) et la plupart de celles que j'ai visitées à l'étranger, le musée royal des chirurgiens de Londres, à King's College, le musée de Vienne, à l'Institut anatomique de l'Allgemeinenkrankenhaus, ceux de Berlin, celui de Munich, et ceux de presque toutes les Universités de l'Allemagne, de la Suisse et de l'Italie. Partout, ou presque partout, existent les mêmes bocaux avec les inconvénients qui viennent d'être signalés.

C'est à Dresde (1), dans le service gynécologique de Winckel, que j'ai eu l'occasion de voir le système de cuves et de grillages, qui font l'objet de cette communication. Je l'ai trouvé vraiment si simple et surtout si *pratique*, que ma première pensée a été de l'employer au retour de mon voyage. Si je l'ai appliqué comme Winckel à la gynécologie, objet de mes études favorites, on conçoit qu'on aurait les mêmes avantages à préparer de la sorte les lésions pathologiques des intestins, de l'estomac, des reins, des poumons, du cœur, etc.

Ce système de conservation est des plus simples. On fait macérer la pièce préparée, c'est-à-dire dépouillée de toutes les

---

(1) *Notes sur quelques voyages à l'Étranger, au point de vue de l'obstétrique et de la gynécologie*, 1879-1880. par le Dr J. Rendu. Paris. Masson, éditeur.

parties inutiles, pendant six mois dans de l'alcool; après quoi, elle est étalée et fixée avec des fils sur un grillage en cuivre, que l'on place de *champ* dans une cuve rectangulaire remplie d'alcool (1). Chaque cuve renferme plusieurs châssis et par conséquent plusieurs pièces. Ces grillages doivent être en cuivre et non en fil de fer, pour éviter l'oxydation.

Les cuves que j'ai fait construire pour le service de M. Laroyenne sont en grès; elles ont 35 centimètres de longueur, 25 de largeur et 28 de hauteur. Un large bracelet de caoutchouc embrasse exactement la ligne de jonction de la cuve et du couvercle, afin d'empêcher l'évaporation de l'alcool. J'ai eu soin d'injecter de plâtre et d'autre matière durcissante les kystes et les dilatations anormales, qui, sans cela, n'eussent pas été suffisamment mis en relief. Enfin, à chacun des châssis est attachée une petite légende sur parchemin, marquée d'un numéro d'ordre, et qui pend hors de la cuve. Un catalogue contenant ces numéros et leur légende complète la collection.

Cela dit, il est facile de comprendre les avantages de ces cuves sur les bocaux dont nous parlions tout à l'heure. A-t-on besoin dans un cours, par exemple, de montrer une pièce aux élèves? On consulte le catalogue, et l'on voit dans quelle cuve et à quel numéro elle se trouve; la pièce retirée du liquide dans lequel elle plonge peut immédiatement circuler de mains en mains, étalée sur son grillage, et par conséquent être examinée dans ses moindres détails, sans gêner par son poids ni souiller par son contact. De même aussi, celui qui veut faire des recherches sur un point d'anatomie pathologique peut aisément, et sans grande perte de temps, voir et étudier minutieusement tout ce qui l'intéresse.

Et maintenant, Messieurs, permettez-moi de faire passer sous vos yeux quelques-unes des pièces contenues dans les cuves que j'ai fait apporter ici comme spécimen. La plupart d'entre elles proviennent du service de mon maître, M. La-

(1) La glycérine phéniquée aurait l'avantage de conserver aux pièces toute leur mollesse, mais son prix, cinq ou six fois plus élevé que celui de l'alcool, en rendrait l'usage peu pratique.

royenne, et j'en ai recueilli en outre un certain nombre dans les amphithéâtres de la Charité et de l'Hôtel-Dieu. Nous en devons aussi quelques-unes à l'obligeance de M. le Dr Charpy, chef des travaux anatomiques à la Faculté.

Vous le voyez, nous possédons une série assez variée d'affections des organes génitaux, particulièrement de tumeurs fibreuses et de polypes utérins, de kystes des ovaires, de dégénérescences kystiques des trompes (hydro et pio salpinx), de lésions pathologiques dues à la pelvi-péritonite, etc. Quelques pièces même, à cause des lésions diverses qu'elles offrent à la fois, sont particulièrement intéressantes. Sur la légende de l'une, par exemple, nous lisons ceci :

« (*Utérus, face postérieure*) Pièce présentant :
1° Un fibrome sous-muqueux de l'utérus ;
2° Un fibrome interstitiel (énucléable) ;
3° Un fibrome sous-péritonéal ;
4° Une dilatation kystique de l'extrémité de la trompe droite, consécutive à l'obstruction du pavillon. »

Sur une autre, nous trouvons :

« (*Utérus, face postérieure*) 1° Tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'utérus ;
2° Polype muqueux de la cavité cervicale ;
3° Petit kyste séreux sous-péritonéal de la face postérieure de l'utérus (kyste séreux d'Huguier) ;
4° A gauche, membranes de pelvi-péritonite bridant complètement la trompe et l'ovaire de ce côté. »
Etc.

L'étude des tumeurs fibreuses de l'utérus semble s'imposer tout d'abord, par la grande fréquence de cette maladie, à l'attention du gynécologue qui veut recueillir des pièces pathologiques.

J'en ai observé de toutes dimensions, depuis le volume d'une grosse tête d'épingle, jusqu'à celui d'un énorme utérus gravide à terme ; les deux plus grosses pesaient, l'une 13 livres, et l'autre 13 livres 300 grammes.

Leur consistance, sur le cadavre, ne donne pas, comme quelquefois sur le vivant, la sensation de fausse fluctuation.

Outre leur division classique en *sous-muqueuses*, *interstitielles* et *sous-péritonéales*, il serait peut-être bon aussi, au point de vue anatomo-pathologique, de les distinguer en *fibromes énucléables* et en *fibromes non énucléables*; je me suis attaché, en effet, dans plusieurs préparations, à faire ressortir la différence *très tranchée* qui existe ordinairement entre les uns et les autres. Cela dit, sans avoir en rien la pensée de préconiser, comme quelques-uns l'on fait, le traitement chirurgical des fibromes par *l'énucléation*, méthode applicable peut-être dans quelques cas exceptionnels où la tumeur s'engage dans le col, mais qui amène le plus souvent, si elle est volumineuse, la septicémie et la mort. Car il faut bien se rappeler qu'on est exposé à rencontrer, même dans les cas les plus favorables en apparence à cette méthode opératoire, des adhérences limitées telles, du fibrome à la paroi utérine, que l'opérée courra grand risque de succomber à la suite d'une pareille intervention, comme je l'ai, du reste, observé. Dans ces cas, en effet, la tumeur se laisse facilement décortiquer à moitié, aux trois quarts, et, quand on se croit, pour ainsi dire, sur le point de la *cueillir*, on s'aperçoit que les fibres serrées autour d'un centre fictif, qui la constituent, viennent se confondre intimement en un feutrage indestructible, avec les fibres musculaires de la paroi utérine Lorsque ces adhérences, signalées déjà en 1879 par Bérard (1), existent, on aurait beau recourir d'avance, comme le conseille Courty, à l'usage longtemps prolongé du seigle ergoté, pour faciliter la pédiculisation du néoplasme, ce serait peine perdue.

La grossesse peut survenir même avec une tumeur fibreuse de grandes dimensions; ainsi j'ai vu dernièrement une de ces tumeurs pesant treize livres et demie, développée dans la paroi antérieure de l'utérus et remplissant complètement la cavité abdominale, pendant que l'organe gravide, presque au quatrième mois de son développement, était retenu enclavé sous le promontoire.

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, p. 82.

Enfin, je n'apprendrai rien de bien nouveau en ajoutant que plusieurs fois j'ai trouvé des tumeurs fibreuses en voie de dégénérescence calcaire.

Le cancer du corps de l'utérus, amenant la mort sans envahir le col, est rare, surtout si on le compare à l'épithélioma du col, maladie fréquente.

L'hydrométrie ne s'observe qu'exceptionnellement : j'en ai rencontré un cas dû à la présence d'une tumeur obstruant le canal cervical.

Il n'en est pas de même d'une maladie dont on parlait peu il y a quelques années, et qui a été particulièrement mise en évidence ces derniers temps par le Dr Lawson Tait à la Société obstétricale de Londres : je veux parler de la dilatation kystique des trompes de Fallope, que l'on a appelée *hydro* ou *pyosalpinx*, suivant que le liquide contenu était limpide ou purulent. Des discussions ne se seraient pas élevées sur ce sujet au sein des sociétés savantes, que j'en eusse été très-surpris en voyant la fréquence relative de cette maladie. Au début de mes recherches, en effet, j'étais loin de penser la rencontrer aussi souvent. Tantôt l'affection est unilatérale, tantôt elle existe des deux côtés à la fois. Quelquefois elle est exactement limitée à l'extrémité de la trompe, c'est-à-dire au pavillon, dont on cherche vainement les franges disparues, et sur lequel il est impossible de retrouver la trace de l'ouverture primitive; le pavillon ainsi dilaté acquiert le volume d'une noisette ou d'une grosse noix. D'autres fois la dilatation porte sur toute la longueur de la trompe de Fallope, qui est alors soit cylindrique, soit moniliforme, c'est-à-dire composée d'une série de renflements séparés par des points rétrécis, soit ovoïde, à grosse extrémité tournée vers le pavillon, et se terminant en pointe du côté de l'insertion utérine. Dans tous les cas, mais surtout dans ce dernier, dont un beau type a passé sous vos yeux, la trompe tend à descendre et à occuper le cul-de-sac rétro-utérin ; son volume est celui d'une sangsue, d'une limace, quelquefois d'un œuf de poule, parfois même il est plus considéra-

ble encore. Sa fluctuation est des plus manifestes et la paroi le plus souvent extrêmement mince.

J'ai trouvé l'hydro-salpinx plus souvent que le pyo-salpinx, ce qui, du reste, concorde avec la statistique de Lawson Tait, qui, sur 65 cas, tous opérés avec succès par la laparotomie, a constaté la proportion de 3 à 2. C'est aussi l'opinion de K. Thornton et de la plupart des gynécologues anglais.

La dégénérescence caséeuse des trompes s'observe assez souvent dans la tuberculose; quelquefois aussi, mais très rarement, celle des ovaires : j'en ai recueilli un cas. Spencer Wells croit le fait si exceptionnel qu'il est sur le point de le nier, ajoutant même que dans les observations rapportées il y a probablement eu confusion, et qu'on a mis à l'actif de l'ovaire une infiltration tuberculeuse de la trompe.

Les petits kystes séreux, du volume de grains de blé, de groseille ou de raisin, que l'on voit suspendus par un pédicule effilé au pourtour du pavillon, sont fréquents. Leur présence dans l'économie semble passer inaperçue sans engendrer aucun symptôme. L'explication qu'en donne Sappey, en disant que ce sont des ovules égarés et implantés sur le péritoine, mériterait peut-être une plus ample démonstration.

Quant aux kystes des ovaires, j'ai toujours eu soin, immédiatement après chaque ovariotomie, d'examiner attentivement les pièces (contenant et contenu), et de ces examens répétés se dégagent aujourd'hui pour moi deux enseignements nouveaux.

Le premier, très important au point de vue clinique, c'est qu'il ne faut pas trop se baser, comme on le faisait encore il y a quelques années, sur les caractères de viscosité ou de fluidité des liquides, ni sur leur coloration, pour trancher le diagnostic entre les kystes ovariens et les kystes des ligaments larges. J'ai vu, en effet des kystes multiloculaires de l'ovaire contenir dans quelques-unes de leurs loges un liquide parfaitement limpide et incolore ou opalin, et des kystes du ligament renfermer au contraire un liquide visqueux et plus ou moins

coloré. Dernièrement encore mon savant maître, M. Laroyenne, après une ponction exploratrice, ayant donné plusieurs litres d'un liquide épais et visqueux, qui semblait enlever tous les doutes sur son origine ovarienne, s'est trouvé en présence d'un kyste ligamenteux (1) qu'il a dû traiter par le drainage abdomino-vaginal. Or, on sait combien la mortalité de cette opération est plus grande que celle de l'ovariotomie proprement dite.

Le second enseignement, c'est qu'on est souvent embarrassé après une ovariotomie pour se prononcer, avec pièces en mains, sur la nature bonne ou mauvaise de la tumeur enlevée, autrement dit, pour savoir si l'on a affaire à un kyste simple de l'ovaire, ou à l'un de ces kysto-sarcomes assez fréquemment signalés par Spencer Wells. Cliniquement, il n'y a guère que la rapidité du développement qui puisse éclairer le diagnostic.

Je termine ces quelques considérations générales en mentionnant la fréquence relative des désordres produits dans la sphère génitale par la pelvi-péritonite. On rencontre, en effet, souvent des adhérences vicieuses des trompes et des ovaires ainsi que des brides péritonéales, qui ont dû certainement déterminer la *stérilité*; c'est là un point d'étiologie sur lequel les auteurs ne me semblent pas avoir suffisamment insisté.

---

(1) Il s'agissait, dans ce cas particulier, d'un kyste ligamenteux bilatéral, dont le liquide était, à droite, *hématique visqueux*, et à gauche, *verdâtre, trouble et muqueux*. On avait été obligé de faire le drainage abdomino-vaginal dans chacune des deux loges.

CANCER UTÉRIN.

ABLATION TOTALE DE LA MATRICE PAR LE VAGIN. GUÉRISON. — RÉCIDIVE (1).

Par le Dr E. Kufferath, professeur à l'Université de Bruxelles.

La nommée V..., âgée de 45 ans, vient me trouver à la fin du mois d'août 1883, se disant atteinte de cancer utérin et demandant à être opérée.

Cette femme a eu deux enfants ; ses parents sont morts. Dans la famille du père, il n'y a pas de maladies héréditaires. Quant à la mère, elle est morte d'une affection utérine, probablement de nature cancéreuse. Les fonctions menstruelles se sont établies vers l'âge de 14-15 ans ; les règles ont toujours été régulières, mais peu abondantes et douloureuses. La malade ignore si antérieurement elle a eu une affection utérine ; toujours est-il que, depuis de longues, années elle se plaint de maux de reins, de pertes blanches et d'affaiblissement général. Jamais aucun traitement n'a été institué.

Quant à la santé générale, elle a toujours été satisfaisante.

La malade s'est aperçue au mois d'août 1882 du début de l'affection actuelle. A partir de cette époque, les pertes blanches augmentèrent. Elles étaient souvent mélangées de sang et avaient une odeur plus marquée qu'à l'ordinaire. A ces pertes vinrent s'ajouter bientôt des douleurs dans le bas-ventre et à la région sacrée, douleurs qui affectaient un caractère rongeant et qui devinrent de plus en plus insupportables. D'abord intermittences, avec exacerbation aux époques menstruelles, puis continues, ces douleurs sont devenues aujourd'hui intolérables.

Au mois de juin 1883, il s'est produit de l'infiltration des membres inférieurs, plus marquée à droite qu'à gauche. Dans l'aine droite, on remarque quelques ganglions durs et volumineux.

(1) Extrait du *Journal de médecine de Bruxelles*, mai 1884.

Lors de sa première visite chez moi, la malade marche difficilement, elle ne peut rester debout longtemps à cause des douleurs qu'elle ressent dans les reins et dans les cuisses. Elle a beaucoup maigri, mais ne présente pas le teint cachectique des cancéreux. L'état général souffre, l'appétit est mauvais, les selles difficiles. Les règles viennent régulièrement, mais se prolongent pendant quinze jours. C'est pendant les périodes que la malade souffre le plus. La miction est fréquente.

Tels sont les renseignements qui me sont fournis. Avant de passer à la description de l'affection des organes génitaux, je crois bon de rappeler quelques circonstances de la première visite de V... chez moi. Avant de se laisser examiner, cette femme me dit *qu'elle était atteinte de cancer utérin, et qu'elle voulait absolument être opérée*. Le traitement qui avait été fait jusqu'à présent, n'avait en rien diminué les souffrances qu'elle endurait. Au contraire, chaque pansement lui faisait peur, car il était suivi de douleurs plus fortes et, malgré tout, les pertes et les hémorrhagies continuaient. Je rapporte ces détails non pas pour critiquer le moins du monde le traitement institué, mais pour montrer dans quelle disposition d'esprit était la malade quand elle vint me trouver. Comme on le voit, le moral était profondément attaqué; la malade se rendait parfaitement compte de sa situation. Elle se savait atteinte d'une maladie incurable qui, au bout de peu de temps, la mènerait à la tombe. Il ne lui restait qu'une seule lueur d'espoir, c'était une opération. Cette opération, elle la réclamait, elle voulait la subir à tout prix ; elle en connaissait les dangers, mais elle préférait en courir les chances plutôt que de continuer à vivre dans l'état où elle se trouvait.

En présence d'une détermination aussi grande, d'une volonté aussi énergiquement exprimée, la responsabilité du médecin était grande. Refuser toute intervention, sous prétexte qu'il s'agissait d'un cancer, que l'opération serait suivie de récidive, c'était une condamnation à mort, c'était peut-être ne pas

donner à la malade les quelques mois de santé qui pouvaient suivre l'intervention. Entreprendre l'opération, c'était ou bien s'exposer à un insuccès avec toutes ses conséquences désastreuses, ou bien, en cas de succès, c'était encourir le reproche d'avoir fait une opération inutile, de complaisance, d'avoir pratiqué une opération pour le plaisir de la faire ! Une décision était difficile à prendre. Aussi, n'est-ce qu'après mûre réflexion et après un examen de la malade aussi soigneux, aussi détaillé que possible, que j'ai résolu de faire ce que j'ai fait. Les détails que je viens de donner étaient nécessaires pour expliquer la ligne de conduite que j'ai tenue, ligne de conduite que je serais prêt à suivre encore si l'occasion s'en présentait.

Passons maintenant à l'examen objectif de la malade.

A part les lésions des organes génitaux, la malade paraît bien portante. Il n'existe ni affection cardiaque, ni affection pulmonaire. Les reins sont en bon état, les urines ne renferment ni albumine, ni sucre. Nous aurions voulu faire l'analyse au point de vue de l'urée, mais cela nous a été impossible à cause du mélange de sang avec les urines et à cause des besoins fréquents d'uriner qui empêchaient la malade de recueillir toutes ses urines.

De l'examen général il résultait qu'aucun organe essentiel à la vie n'était encore atteint.

Voici maintenant les résultats de l'examen des organes génitaux.

Au niveau du col de la matrice, il existe une dégénérescence cancéreuse étendue. Le col est épais, volumineux; la surface est ulcérée au pourtour du museau de tanche. Le reste de la portion vaginale n'est pas détruit : partout à l'entour du col, la muqueuse est conservée, mais elle présente un degré variable d'infiltration. Le tissu du col est dur, friable et saigne au moindre attouchement. Il s'en écoule un liquide sanieux à odeur putride. L'affection est donc bien caractérisée; d'une part, elle s'étend jusqu'à la surface du col, d'autre part, elle envahit toute la hauteur. Tout le cervix est considérable-

ment augmenté de volume et plus dur qu'à l'état normal. Le corps de la matrice est épais, situé en rétroflexion et se laisse facilement explorer. La matrice était abaissée, le col reporté en avant vers le pubis. Le corps de la matrice présentait du reste pour la consistance les mêmes caractères que le col et il n'était pas douteux que la maladie l'avait envahi dans une certaine étendue.

Quant au vagin et à ses rapports avec la degénérescence, voici les particularités que nous avons constatées.

En avant du col, l'infiltration cancéreuse empiétait un peu sur le vagin, mais n'avait pas encore provoqué d'ulcération. En cas d'intervention, on pouvait encore opérer dans les tissus sains; la séparation du col de la matrice d'avec la vessie était encore possible, mais demandait beaucoup de précautions.

En arrière, au niveau du cul-de-sac postérieur, l'infiltration cancéreuse n'avait pas non plus donné naissance à un ulcère, mais le tissu était envahi dans une zone de 1 centimètre et l'on sentait à ce niveau un noyau cancéreux du volume d'un pois.

Latéralement des deux côtés du col, le vagin était également entrepris dans une certaine étendue, mais moins à droite qu'à gauche. Là aussi, il existait quelques petits noyaux suspects dont les plus éloignés étaient distants d'un demi-centimètre environ de l'insertion du vagin au col.

Ces premières données étaient suffisantes pour faire rejeter l'amputation du col de la matrice. Non seulement l'amputation de la portion vaginale était impossible, mais même l'amputation sus-vaginale du col ne pouvait être tentée, l'altération des tissus remontant jusqu'au-dessus de l'orifice interne.

Il ne restait donc que deux choses à faire : ou bien s'abstenir complètement ou bien intervenir plus radicalement, si cela était possible. Vu l'état de la malade et les désirs exprimés par elle, il était de mon devoir de rechercher si l'ablation totale de la matrice pouvait être tentée avec quelques chances de succès.

L'exploration à cet effet devait être plus complète et porter

surtout sur deux points : d'abord sur la possibilité de séparer complètement la matrice des organes avoisinants, secondement sur l'état des organes contenus dans le petit bassin.

Pour faire cette exploration, j'avais l'intention de chloroformer la malade. Je pouvais ainsi palper plus complètement les organes du petit bassin. L'examen sans chloroforme toutefois fut suffisant. Je le fis d'abord seul, je le répétai ensuite avec mon ami le Dr Ponchon, et nous fûmes d'accord pour décider qu'au point de vue opératoire, l'opération était possible.

Malgré l'infiltration des tissus attenant au col, on pouvait arriver à séparer le col de la matrice des organes voisins sans léser ceux-ci.

L'opération était très délicate, surtout en avant où les rapports avec la vessie et les uretères sont très intimes. On pouvait craindre aussi que les uretères ne fussent déjà entrepris, mais l'absence de symptômes du côté des fonctions rénales nous fit écarter cette hypothèse.

Sur les côtés, dans les culs-de-sac latéraux du vagin, il y avait moins d'inconvénient à enlever la zone infiltrée de la voûte vaginale. A ce niveau, les uretères sont déjà assez élevés et plus éloignés du sommet du vagin. Malgré l'étendue de l'affection du côté gauche, je pouvais espérer d'opérer encore dans les tissus sains.

En arrière, dans le cul-de-sac postérieur du vagin, en pratiquant l'incision à 2 1/2 ou 3 centimètres de la base du col, j'étais certain d'opérer dans de bonnes conditions et de ne toucher à aucun organe essentiel.

En résumé donc, je pouvais, en emportant simultanément une partie de la voûte vaginale, dans l'étendue d'une zone circulaire plus large en arrière et à gauche qu'en avant et à droite, je pouvais, dis-je, séparer le col de ses insertions vaginales.

Cette séparation était très difficile, les conditions étaient en somme défavorables, mais les difficultés pouvaient, au point de vue de la médecine opératoire, être surmontées.

L'état du col et du vagin ne me fit donc pas rejeter la possibilité d'une ablation totale de la matrice.

Restait à connaître l'état des organes dans le petit bassin. La matrice était en rétroflexion, le corps utérin était mobile et pouvait être relevé facilement, bien que l'infiltration du vagin fixât plus que d'habitude l'extrémité inférieure de l'organe. Par le toucher combiné avec la palpation, je me rendis compte qu'il n'existait à la partie postérieure de la matrice aucune espèce d'adhérence. Il en était de même en avant au niveau de la vessie. La sonde, introduite dans celle-ci, permettait d'en palper la face postérieure et démontrait que le cul-de-sac vésico-utérin était intact.

Quant aux ligaments larges, celui du côté droit ne présentait rien de particulier ; du côté gauche, il y avait quelques noyaux suspects, petits, durs qui semblaient être situés tout à la base du ligament, tout près de l'extrémité supérieure du cul-de-sac vaginal latéral. On pouvait, en cas d'opération, les enlever.

Les ovaires étaient normaux, mobiles.

L'examen rectal confirmait en tous points les données précédentes.

Cet examen, fait avec beaucoup de soin, me convainquit de la possibilité d'enlever complètement la matrice. L'opération n'était pas tout à fait simple, comme elle l'eût été si la maladie n'était pas aussi avancée, mais les difficultés n'étaient pas insurmontables.

Une autre question devait être décidée. Dans le cas d'une ablation totale, quel était le mode opératoire qu'il fallait choisir? Etait-il préférable de recourir à l'opération préconisée par Freund et Bardenheuer, c'est-à-dire à l'ablation de la matrice par la laparotomie, ou à l'ablation par le vagin?

Les conditions les plus favorables existaient dans notre cas pour l'opération par la voie vaginale. La situation déclive de la matrice, la largeur de la vulve (la malade avait eu deux enfants, la vulve était béante, la commissure postérieure déchirée, les parois vaginales antérieure et postérieure prola-

baient un peu), la mobilité de la matrice, la facilité avec laquelle on pouvait l'abaisser, toutes ces circonstances étaient très favorables pour l'intervention par le vagin, moins favorables pour l'opération par l'abdomen.

En outre, toutes choses égales d'ailleurs, le danger de l'ablation par la laparotomie est beaucoup plus considérable que celui de l'ablation vaginale.

L'opération de Freund est très difficile à exécuter à cause de la profondeur à laquelle il faut opérer dans l'excavation pelvienne. Ces difficultés, on les éprouve déjà lorsqu'on exécute l'opération sur le cadavre ; elles sont encore beaucoup plus considérables sur le vivant et, pour ma part, je les ai éprouvées, il y a trois ans, dans un cas malheureux, où la maladie était très avancée et la malade très affaiblie. La mort survint à la fin de l'opération par hémorrhagie.

L'hémorrhagie est en effet un des principaux dangers de l'opération de Freund. Elle est ordinairement très abondante et emprunte son caractère extrême de gravité surtout à la difficulté de l'hémostase.

Les artères sont situées profondément, les ligatures sont difficiles à placer et s'échappent très facilement. Quand on fait la ligature du tronc de l'artère utérine, on n'arrive pas à un meilleur résultat, car les anastomoses sont nombreuses et fournissent du sang au moment de la section des tissus. On est donc forcé de faire des ligatures en masse médiates.

Mais ici un autre inconvénient survient. Le tissu cellulaire est très lâche et parcouru par des plexus veineux nombreux, dont les vaisseaux sont dépourvus de valvule et restent béants. La lésion de ces plexus donne naissance à des hémorrhagies veineuses, parfois très abondantes. Il en résulte, pendant toute la durée de l'opération, un suintement sanguin continu qui rend le champ opératoire encore plus obscur et qu'on ne peut combattre que par des ligatures médiates plus ou moins étendues. L'hémorrhagie est d'autant plus redoutable qu'il s'agit généralement de femmes anémiques, fortement débilitées.

Aussi n'est-il pas étonnant que la mort dans l'opération de Freund soit souvent la conséquence de la perte de sang.

Un autre accident, au moins aussi redoutable que l'hémorrhagie, c'est le shock qui s'observe fréquemment après l'ablation de l'utérus par la laparotomie. La perte de sang y prédispose déjà fortement; en outre, pour pratiquer l'opération, on est obligé de déballer les intestins. Ceux-ci sont exposés ainsi à des froissements, ils se congestionnent, ils peuvent se refroidir et même s'étrangler. Le péritoine est soumis aux mêmes influences nocives et, malgré toutes les précautions possibles, on ne peut pas toujours éviter ces accidents. Quoi qu'on fasse, le traumatisme est énorme et il peut entraîner une réaction violente sur le système nerveux et amener un anéantissement complet des forces de la malade.

A ces causes nombreuses d'insuccès il faut ajouter encore le danger de l'infection septique. Elle est d'autant plus difficile à éviter que l'ouverture abdominale doit être étendue, que les déplacements inévitables des intestins mettent une surface énorme et favorable à l'absorption en contact avec l'air extérieur et les germes qu'il peut contenir. Ajoutez à cela la difficulté d'empêcher complètement le suintement sanguin et toutes les conditions de la septicémie se trouvent réunies. Les perfectionnements apportés par Bardenheuer au drainage abdominal peuvent, il est vrai, atténuer ces accidents, comme le prouvent ses succès, mais il ne sera pas toujours possible de rendre aseptiques les mille recoins qui existent entre les anses intestinales.

Une dernière circonstance rend encore l'opération de Freund très dangereuse, c'est la lésion d'organes importants, notamment celle des uretères. L'ablation vaginale expose moins à cet accident. Il est facile de se rendre compte pourquoi, bien qu'*a priori* on pourrait croire le contraire. Dans l'opération de Freund, on dissèque dans la profondeur du petit bassin, il est très difficile de reconnaître les uretères. Le champ opératoire étant plus étendu que par le vagin, on est tenté, pour opérer dans les tissus sains, d'enlever des parties éloignées de l'utérus.

Les tissus sont fortement tirés en haut par la traction qu'on exerce sur l'utérus pour l'élever. Les rapports anatomiques sont ainsi modifiés déjà par le fait de l'opération. Ils peuvent l'être aussi par le fait de la maladie et l'on ne peut plus se guider sur ce qui existe à l'état normal. On doit ordinairement placer des ligatures médiates sur les tissus qui saignent, l'uretère peut être pris dans ces ligatures et être coupé sans qu'on s'en doute le moins du monde.

Dans l'opération par le vagin, ces inconvénients sont moins à craindre. On commence par détacher le col de la matrice de ses insertions vaginales, on le sépare complètement de la vessie jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin, ce qui peut se faire sans toucher aux uretères ou du moins sans les léser, puisqu'on opère soit avec le doigt, soit avec le manche du scalpel. Puis, on abaisse fortement la matrice. Ce mouvement d'abaissement de l'utérus éloigne les uretères du champ opératoire. En effet, les uretères suivent la paroi vésicale à laquelle ils aboutissent, tandis que la matrice qui ne fait plus corps avec la vessie est seule tirée en bas. La distance qui sépare le couteau des uretères est donc augmentée par cette manœuvre et ceux-ci ne sont plus exposés aussi directement à être coupés.

L'opération abdominale présente cependant un avantage indiscutable sur l'opération vaginale, c'est que dans les cas de dégénérescence maligne, l'opération abdominale peut être plus complète. On peut enlever plus radicalement les noyaux suspects qui se trouvent dans le tissu cellulaire pelvien. La récidive se produit plus tardivement. C'est un grand avantage, mais qui malheureusement est réduit à néant par la gravité de l'opération.

En résumé, les principaux avantages de l'ablation par le vagin sont la facilité de l'opération, la facilité plus grande d'éviter la lésion des organes voisins, l'absence de fortes hémorrhagies le danger moindre de l'infection et du shock.

En présence du cas dont nous relatons l'histoire, le choix entre les deux opérations ne pouvait être douteux. L'opération par le vagin se présentait dans des conditions acceptables et

pouvait être tentée avec plus de succès que l'opération par la paroi abdominale.

Avant d'entreprendre l'opération, une dernière question devait être posée : c'était celle de savoir quels seraient, en cas de réussite, les résultats définitifs au point de vue de la récidive. Comme nous l'avons dit plus haut, nous n'avions pas pu faire l'analyse quotidienne des urines pour déterminer leur degré d'azoturie et nous fixer ainsi sur le degré d'altération ou de non-altération de la nutrition générale. Les résultats de cet examen étaient du reste faciles à prévoir, étant données la nature et l'étendue de l'affection. Il était évident que la récidive surviendrait, que le soulagement apporté par l'opération ne serait que momentané. Nous ne nous sommes jamais fait illusion à cet égard, et ce qui nous a étonné, c'est que l'affection n'ait pas fait de réapparition plus rapide.

On nous demandera pourquoi, dans ces circonstances, nous avons opéré? Ce qui nous a guidé, c'est l'intérêt de la malade. Celle-ci connaissait la nature et la gravité de son affection. Elle était complètement démoralisée. Sans intervention, elle se trouvait exposée à des souffrances continuelles qui devaient aboutir en quelques mois à une terminaison fatale. Aucun traitement ne pouvait plus faire disparaître les symptômes dont elle se plaignait. Seule, l'opération se présentait comme dernière ressource ; seule, elle pouvait diminuer les douleurs au moins pour quelque temps. Cette opération, la malade la réclamait avec instance; elle était au courant de toutes les conséquences que l'intervention pouvait entraîner; elle savait qu'elle pouvait mourir pendant l'opération ; elle savait qu'elle pouvait mourir des suites de l'opération ; elle savait que la récidive pouvait se produire, rien ne lui a été caché et pourtant elle persista dans son désir d'être opérée. Dans ces circonstances, je n'ai pas cru pouvoir refuser l'opération. Mon intervention a été critiquée, je le sais, mais j'ai la conscience tranquille, je crois avoir bien agi. Il y a aujourd'hui cinq mois et demi que la femme a été opérée; son état de santé est des plus

satisfaisants. C'est la meilleure réponse à donner aux critiques.

Je ne puis du reste à cet égard mieux faire que de rappeler les paroles que mon estimé maître, M. le professeur Deroubaix, disait à ses élèves dans ses cliniques (1) à propos de l'intervention chirurgicale dans le cancer :

« Dans un cas de ce genre (squirrhe localisé du sein) « faut-il opérer ? Malgré l'opinion contraire de quelques personnes et à moins que l'on ne veuille établir comme règle « générale qu'il ne faut jamais toucher à un cancer, ce qui « serait absurde, je n'hésite pas à répondre par l'affirmative. « Il faut opérer et nous opérerons. Il est vrai que l'on ne peut « pas, même dans un cas si favorable, promettre la non-reproduction et qu'au contraire toutes les chances sont pour « la récidive. Mais il faut considérer que pour les personnes « un peu intelligentes l'abstention équivaut souvent à une « condamnation à mort, que l'opération est devenue aujourd'hui d'une bénignité extraordinaire, que, si toutes les précautions sont prises, elle ne provoquera presque aucune « douleur ni pendant, ni après son exécution et qu'au contraire, elle aura la propriété d'enlever, du moins pour un « certain temps, celles qui existent déjà. Ensuite, il faut « considérer que, même dans les circonstances les plus défavorables, elle ne hâte pas, comme on l'a dit, la marche de « la maladie, et qu'après la cicatrisation il y a, non pas toujours, mais souvent, un certain espace de temps pendant « lequel l'opérée peut se croire guérie. Enfin, il y a une considération majeure et prépondérante qui doit déterminer tout « le monde, malade, parents et chirurgien, à recourir à la « dernière ressource offerte par l'ablation du mal : c'est qu'il « y a un certain nombre de cas semblables diagnostiqués et « établis, dans lesquels l'opération n'a positivement pas été « suivie de récidive. Ces cas sont rares, je l'admets ; mais n'y

(1) Deroubaix. In *Annales de l'Université de Bruxelles*, t. II, 1881, page 97.



« eût-il des succès confirmés que dans la proportion d'un sur « vingt, ou même de un sur quarante, je pense qu'en pré- « sence d'une mort certaine, il faudrait encore agir dans « l'espérance de tomber sur le bon lot. Je puis affirmer que, « pour ma part, j'ai eu plusieurs fois ce bonheur. Bien plus, « il m'est arrivé de voir, après une première récidive, l'opé- « ration suivie d'une guérison qui s'est maintenue pendant « un grand nombre d'années. »

Ce que le professeur Deroubaix dit du cancer du sein, on peut le dire du cancer utérin. Un seul point diffère, c'est la gravité de l'opération. L'ablation d'un sein squirrheux est une opération relativement bénigne quand la tumeur est bien localisée et qu'il n'y a pas de ganglions dans l'aisselle. Il n'en est pas de même d'autres opérations que les chirurgiens entreprennent quand il existe des tumeurs de nature suspecte. Ai-je besoin de rappeler les ablations de tumeur du sein avec ganglions dans l'aisselle, les ablations de maxillaire supérieur, les ablations d'épithéliome de la langue, de tumeur du cou, les ablations de tumeurs osseuses? Ces opérations sont-elles inoffensives? Et pourtant combien de fois n'est-on pas obligé de les faire pour éviter l'abstention et pour rendre un peu d'espoir au malade? Ces opérations sont admises, elles sont anciennes, un chirurgien qui se respecte aurait honte de dire qu'il ne les a jamais pratiquées. Mais quand il s'agit de l'utérus, on jette les hauts cris. Et pourquoi cependant refuser à la matrice ce qu'on accorde au sein, au maxillaire, etc.? L'ablatation totale ou partielle de l'organe utérin est tout aussi indiquée dans le cas de dégénérescence que l'ablation des autres organes et plus tôt on l'entreprendra, plus on aura de chances de réussite. Freund a pratiqué, il y a plus de quatre ans, l'ablation de la matrice sur une femme atteinte de cancer utérin. Jusqu'à présent, la récidive ne s'est pas produite (1).

Grâce aux belles recherches de M. le professeur Romme-

(1) J. Veit. *Deutsch medic. Wochenschr.*, 1883, n° 1.

laere sur la nutrition organique (1), nous pouvons déjà prévoir les cas dans lesquels l'ablation totale de l'utérus, pour tumeur suspecte, sera suivie de guérison complète et définitive. Il serait dérisoire de ne pas opérer dans ces cas sous prétexte que l'opération est trop difficile et trop dangereuse. C'est à nous de vaincre les difficultés, à perfectionner le mode opératoire. Qui ne se rappelle les résultats désastreux des premières ovariotomies et les condamnations lancées contre cette opération par des chirurgiens éminents ? Cependant aujourd'hui, la mortalité est tombée de 50 à 25 0/0, puis successivement à 20, 15, et même, pour certains opérateurs, à 10 et à 8 0/0.

Il en sera de même pour l'ablation totale de la matrice. Les premières opérations ont donné des résultats malheureux; autant d'opérées autant de décès. La méthode de Freund a donné jusqu'ici 71 0/0 de mortalité. Combinée avec le drainage, elle a donné des résultats brillants à Bardenheuer qui, sur une série de 12 cas, obtint 9 guérisons et seulement 3 décès, c'est-à-dire 75 0/0 de guérisons.

Quant à l'ablation de l'utérus par le vagin, les premières opérations ont presque toutes été mortelles. Mais depuis quatre à cinq ans, on obtient en moyenne 75 0/0 de guérisons. Schröder (2) a perdu 7 femmes sur 23 opérations. Parmi ses opérées, il en est chez qui la récidive ne s'est montrée que deux ou trois ans après. Ces résultats sont évidemment encourageants et il n'est pas douteux qu'ils ne deviennent meilleurs.

Ils nous prouvent que l'ablation totale de la matrice est une opération nettement indiquée dans certaines circonstances, lorsqu'il s'agit, par exemple, de productions suspectes n'ayant pas encore infecté l'organisme, mais dont le développement,

(1) W. Rommelaere. *Du diagnostic du cancer*, in *Annales de l'Université de Bruxelles*, t. III, 1882.

(2) C. Schröder. *Die vaginale Extirpation des Uterus carcinoms* (*British med. Journ.* 45. *British medical Association*, 1883).

si on ne pratique pas l'ablation, constitue un véritable danger. Il n'est pas douteux qu'une affection, au début tout à fait locale, tout à fait bénigne, puisse, à un moment donné, devenir maligne. Il est même très probable que pour l'utérus il en est ainsi assez souvent. C'est ce que tendent à prouver les travaux de Rugé et Veit (1) sur les érosions du col et sur la pathogénie des affections malignes de l'utérus. Que dans un cas semblable, lorsque l'affection est encore localisée au niveau du col, on fasse l'ablation totale de celui-ci. L'indication est formelle. Tant qu'il s'agit d'une tumeur qui n'infecte pas l'organisme d'une tumeur avec azoturie normale, comme le dit M. le professeur Rommelaere, l'intervention chirurgicale est légitime, quel que soit le siège du mal. Elle n'est limitée que par les difficultés du procedé opératoire (2).

A côté de cette indication formelle, on devra parfois recourir à l'ablation totale dans le cas de tumeur avec hypo-azoturie, c'est-à-dire de tumeur maligne. Il s'agit ici non pas d'amener une guérison complète, definitive, durable, mais de procurer un peu de répit à un malade qui n'a plus que peu de temps à vivre au milieu de souffrances continuelles. En somme, il s'agit ici d'une question d'humanité. Pour arriver à un résultat dans ces circonstances, il faut évidemment n'intervenir que si l'on peut espérer d'opérer sur des tissus sains qui n'ont pas encore subi l'influence du voisinage de la dégénérescence et qui ne contiennent pas des germes de reproduction. Dans le cas contraire, l'intervention chirurgicale ne servirait à rien. « En y ayant recours, dit le professeur De- « roubaix (3), l'on n'aurait pas même l'excuse d'agir sur le « moral de la malade, car la nouvelle plaie ne se cicatriserait « certainement pas, et la pauvre femme ne verrait, par con- « séquent, aucun changement de son état, même dans le cas « où on aurait enlevé une tumeur ulcérée. Il est même prouvé

(1) C. Ruge et Veit. *Zeitsch. fur Geb. und Gynäk.*, Bd.II, S. 415.

(2) Rommelaere. *Loc. cit.*, p. 325.

(3) Deroubaix. *Loc. cit*, p. 98.

« que si les productions malignes mettent un certain temps à « se reproduire, quand elles ont été déracinées à fond, il n'en « est plus de même lorsqu'on a laissé des tronçons et que « ceux-ci deviennent le siège d'un travail de repullulation « infiniment plus actif que celui qui présidait au développe- « ment du tissu primitif. Et notez qu'on n'a plus aucune « bonne chance à courir, puisque la récidive du mal est abso- « lument et fatalement certaine. De sorte que, de quelque côté « que l'on envisage une telle opération, on n'y trouve que des « contre-indications et des dangers, et qu'en la faisant on ne « peut que compromettre l'art et le chirurgien. »

Nous avons donné la description de la lésion qui existait chez notre malade. Nous avions affaire à un cancer qui avait pris son point de départ dans la muqueuse cervicale. Ces cancers, comme on le sait, ont peu de tendance à envahir d'emblée la partie supérieure du vagin. Cette particularité explique pourquoi, dans cette dernière forme, qui est la plus fréquente, toute intervention chirurgicale est le plus souvent impossible. La lésion est généralement trop avancée quand les malades viennent consulter le médecin. Les cancers primitifs du cervix, au contraire, s'étendent d'abord au corps de la matrice et seulement secondairement aux parois vaginales et au tissu cellulaire pelvien. Aussi, malgré l'étendue de la lésion utérine, n'avions-nous ici que quelques noyaux situés immédiatement autour de l'insertion de la portion vaginale. Ces noyaux pouvaient être enlevés et ne nous empêchaient pas d'opérer dans les tissus sains.

L'opération fut décidée pour le 22 septembre 1883 et fut pratiquée à Uccle, à l'hospice des deux Alice.

Nous devons ici exprimer toute notre reconnaissance à M. Bruno qui voulut bien mettre à notre disposition quelques chambres de l'hospice qu'il fait construire. Admirablement situé, en pleine campagne, présentant réunies toutes les conditions de l'hygiène la plus parfaite, vierge encore de la présence de malades et d'infirmes, cet hospice nous offrait pour l'opération les meilleures chances de réussite. Aussi tenons-nous à

adresser publiquement tous nos remerciements à M. Bruno pour la faveur qu'il a bien voulu nous faire.

Le jour avant l'opération, la malade fut soumise à une diète légère, elle prit quelques poudres de bismuth. Les intestins furent débarrassés à l'aide de lavements et des injections vaginales antiseptiques furent pratiquées.

L'opération fut faite avec l'aide de MM. les Drs Clerx, Ponchon et Schuermans, d'Uccle; M. le Dr Coosemans assistait à l'opération. Mes remerciements à ces Messieurs pour le zèle et le dévouement qu'ils ont montrés, mes remerciements aussi à M. le Dr Loin qui nous aida pendant les suites de l'opération.

La malade étant chloroformée, on fait un lavage à l'acide phénique de la matrice, du vagin, du rectum et de la vessie. Pendant toute la durée de l'opération, le vagin est, en outre, irrigué à l'aide d'une solution phéniquée glacée.

Le premier acte de l'opération consiste à isoler le col de la matrice de ses insertions vaginales. Une pince de Museux est implantée dans les deux lèvres du col de la matrice et sert à abaisser fortement l'organe.

Nous ouvrons d'abord le cul-de-sac antérieur du vagin; il fallait ici procéder avec beaucoup de soin pour enlever complètement les parties malades. L'incision est faite à l'aide d'un scalpel; puis à l'aide du doigt, du manche du scalpel et de ciseaux courbes, la paroi postérieure de la vessie est séparée peu à peu du tissu cellulaire qui la relie au col de la matrice. Une sonde introduite dans la vessie guide continuellement la main qui opère. Pour bien faire, cette séparation doit être complète et remonter jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin; nous ne pûmes aller aussi loin à cause du suintement sanguin continuel qui nous empêchait de nous orienter complètement dans cette région si dangereuse à cause de la présence des uretères.

En arrière, il fut procédé à la même opération; le vagin fut incisé transversalement environ à 3 1/2 centimètres derrière l'insertion de la portion vaginale. Enfin, les incisions antérieure et postérieure furent réunies entre elles. A droite, l'incision du cul-de-sac latéral du vagin était plus rapprochée de

la base du col qu'à gauche, où une notable partie du vagin fut détachée. Sur les côtés du col de la matrice, nous remontâmes très haut dans le tissu cellulaire pelvien de manière à assurer le plus de mobilité possible à l'utérus. Nous avions aussi l'espoir, en procédant ainsi, de tomber sur une des branches volumineuses de l'artère utérine qui chemine dans cette région; ce qui nous aurait permis de la lier immédiatement et de nous éviter peut-être plus tard une hémorrhagie difficile à arrêter. La séparation des parties latérales nous donna le plus de sang et fut la plus difficile. Ici, en effet, le tissu cellulaire n'est pas aussi lâche qu'en avant; il est fibreux, élastique et renferme beaucoup de vaisseaux, parfois volumineux. En somme cependant, la malade perdit peu de sang pendant ce premier acte de l'opération.

La séparation du col de ses attaches fut assez pénible à cause de la difficulté de maintenir la matrice abaissée. Les pinces de Museux implantées dans le col déchiraient le tissu carcinomateux; de là des contre-temps et des pertes de sang qui obscurcissaient le champ opératoire.

Pour éviter ces ennuis, le Dr Brennecke (1) a proposé une pince spéciale pour maintenir la matrice abaissée. Cette pince s'implante non pas dans le col, mais dans le corps de la matrice. Elle a la forme d'une sonde munie supérieurement de deux œillets. Dans ces œillets se trouvent des crochets que l'on peut faire rentrer ou saillir à volonté. La pince est introduite dans la cavité utérine et les crochets viennent ainsi s'implanter dans le tissu du corps de l'utérus qui, généralement, n'est pas atteint par la maladie. Il en résulte que l'abaissement de la matrice sera plus facilement maintenu.

Quoi qu'il en soit, je parvins à isoler complètement le col des parties voisines, sauf en avant, où je n'osais plus avancer de peur de léser la vessie et les uretères.

Je passai ensuite au second acte de l'opération. Il consiste à

---

(1) Brennecke. *Zur Technik der vag. Ut. extirp.* (*Centralbl. f. Gynäk.*, t. VII, n° 48, 1883.

ouvrir largement les culs-de-sac recto-vaginal et vésico-utérin du péritoine et à faire basculer la matrice de manière à l'amener au dehors. A cet effet, une petite ouverture fut faite à l'aide de ciseaux au péritoine, au niveau de l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin. Cette ouverture fut agrandie jusqu'aux ligaments recto-utérins, à l'aide des doigts préalablement débarrassés du sang qui les recouvrait. L'ouverture étant suffisante, j'introduisis toute la main droite dans le vagin et traversai l'ouverture péritonéale avec les deux premiers doigts qui allèrent accrocher le fond de l'utérus. Les doigts, ainsi recourbés sur le fond, se prolongeaient sur la face antérieure de la matrice et me renseignèrent qu'il n'existait à ce niveau aucune adhérence entre la face postérieure de la vessie et la matrice. Le cul-de-sac vésico-utérin était tout à fait intact et il n'existait plus au niveau du cul-de-sac antérieur du vagin qu'une mince bande de tissu qui reliait encore le col de la matrice à la vessie. Cette bande n'était pas suffisante pour empêcher le mouvement de bascule à imprimer à la matrice. Saisissant donc le fond de l'organe avec les doigts recourbés en crochet, je fis basculer la matrice en arrière, de manière à en ramener le fond dans le vagin par l'orifice du péritoine. Ce mouvement s'exécuta assez facilement et la paroi postérieure de l'utérus et le fond de l'organe vinrent faire saillie au-devant de la vulve, entraînant les ligaments larges des deux côtés. L'ovaire du côté droit et la trompe correspondante vinrent également se montrer.

Dès que le fond de l'utérus apparut au dehors, l'hémorrhagie s'arrêta pour ainsi dire complètement, grâce à la torsion et au tiraillement exagérés des ligaments.

Vint ensuite le troisième acte de l'opération, consistant dans la ligature des ligaments larges et dans leur section.

Cette ligature doit être faite avec beaucoup de soin. Les tissus sont assez épais, ils sont très élastiques, très rétractiles et fortement tordus pendant qu'on place la ligature. Ils sont, en outre, démesurément tendus à cause de l'abaissement de la matrice et remontent donc très haut après leur section. Aussi la

ligature s'en échappe-t-elle très facilement. Les difficultés deviennent encore plus grandes quand il faut en même temps enlever les ovaires. Le lien doit alors être placé plus haut, au niveau du ligament infundibulo-pelvien. Il glisse, par conséquent, plus facilement. Si cet accident a lieu, tout le succès de l'opération peut être compromis; car, la section opérée, l'hémorrhagie est pour ainsi dire impossible à arrêter à cause de la situation élevée que prend la partie qui se rétracte.

Plusieurs malades ont succombé à une hémorrhagie survenue dans ces circonstances.

Lorsque j'eus amené le fond de l'utérus au dehors de la vulve, un seul ovaire, l'ovaire droit, était visible, l'autre pas aussi abaissé. Je ne m'en inquiétai pas davantage et commençai immédiatement la ligature des ligaments larges, d'abord à droite. puis à gauche. Les ligatures furent faites avec du gros fil de soie phéniquée. Je divisai chaque ligament en trois portions autour desquelles je plaçai des ligatures partielles. Pour éviter qu'elles ne glissassent, je fis passer le fil à différentes reprises et tout à fait superficiellement dans la partie à ligaturer. Enfin, je plaçai une ligature totale embrassant les trois ligatures partielles. De cette façon je n'eus à redouter ni glissement du fil, ni hémorrhagie.

Le ligament du côté gauche fut lié en premier lieu. C'est la ligature la plus difficile à placer. La matrice en effet, est appliquée contre la vulve par les ligaments larges qui sont fortement tendus et dont la disposition rappelle exactement celle des cordages qui fixent les mâts d'un navire. La matrice est ainsi immobilisée à l'entrée de la vulve. On ne peut ni l'abaisser davantage, ni l'incliner à droite ou à gauche. Un abaissement forcé exposerait à des déchirures. L'inclinaison latérale est limitée par l'étendue du canal pelvien. Il faut donc faire la ligature du premier ligament large dans l'intérieur du vagin, ce qui est parfois très difficile. P. Müller (1), de Berne, a con-

(1) P. Müller. *Modif. der vagin. Totalexstirp des Uterus* (*Centralbl. für Gynäk*, n° 8, 1882).

seillé, si les difficultés sont trop grandes, de diviser la matrice en deux par une section verticale et de ne pratiquer la ligature du premier ligament qu'après cette section. A.-R. Simpson (1) a eu recours à ce procédé.

Dans notre cas, ce temps de l'opération ne fut pas aussi difficile et nous pûmes lier *in situ*. Le premier ligament large sectionné, nous procédâmes à la ligature du second. Cette ligature fut plus facile, bien qu'il fallût la placer beaucoup plus haut à cause de la présence de l'ovaire que nous voulions enlever.

Lorsque les deux ligaments larges furent sectionnés, la matrice n'était plus retenue que par quelques brides de tissu cellulaire à la vessie. La séparation fut faite sans encombre.

Je ne cherchai pas à enlever l'ovaire gauche. Il n'est pas prouvé que la présence de ces organes, après l'ablation de la matrice, ait des inconvénients. Schröder (2), dans un cas où les ovaires n'avaient pas été extirpés, a vu de vives douleurs se produire à l'époque de la menstruation suivante. Nous avons peine à croire que ces douleurs aient été causées par la présence des ovaires.

Lorsque la matrice fut enlevée, toute hémorrhagie avait cessé. Avant de faire le pansement, j'examinai la plaie et enlevai encore quelques débris de tissus qui me paraissaient suspects.

Le pansement fut excessivement simple. La plaie vaginale fut laissée béante et les extrémités des fils amenées au dehors. J'appliquai de la poudre d'iodoforme sur toute l'étendue du vagin, et surtout aux deux extrémités latérales de la plaie, au niveau des ligatures. Enfin, j'introduisis dans le vagin un tampon très léger de coton-charpie à l'iodoforme dans le but de permettre aux liquides de s'écouler au dehors.

La vulve fut recouverte de ouate iodoformée.

Un bandage de corps est appliqué sur le bas-ventre, de ma-

(1) A.-R. Simpson. *Edinb. med. Journ.*, nov. 1882.

(2) Schröder. *Ueber die theilw. und. vollst. Ausschn. der Carcin, Gebärm.* (*Zeitsch. f. Geburtsh. und Gynäk.*, t. VI, p. 225).

nière à immobiliser les parois abdominales, et la malade est mise au lit.

L'opération, commencée à 10 h. 45, était terminée à midi.

Avant de passer à l'histoire des suites de l'opération, voici en quelques mots les lésions de la matrice :

Le col était malade dans toute son étendue ; le corps de la matrice l'était dans ses deux tiers inférieurs ; la dégénérescence s'étendait dans les parois sous forme de cône à base dirigée en bas, à sommet atteignant la partie la plus élevée de la cavité utérine. Le tissu présentait les caractères types du cancer. Dans la partie inférieure de la cavité utérine, la surface malade était ulcérée ; supérieurement il y avait infiltration et noyaux. Le tissu des ligaments larges paraissait sain. Il en était de même de l'ovaire et de la trompe gauches.

Le 22 septembre. Immédiatement après l'opération, l'état est très satisfaisant ; la température est 36,8, le pouls faible, petit, à 100.

Dans l'après-dîner, quelques vomissements se produisent, la malade est calme, ne ressent aucune douleur. La soif est vive, la respiration tout à fait régulière. La vessie est vidée régulièrement toutes les trois heures ; les premières urines renferment un peu de sang, ce qui résulte probablement de la présence prolongée du cathéter pendant l'opération, et peut-être aussi du lavage de la vessie au moyen d'une solution phéniquée, pratiqué avant l'opération.

A 3 heures de relevée, T. 37,2 ; P. 105.

A 9 heures du soir, T. 37,8 ; P. 110.

Le 23. La nuit a été bonne, calme, quelques vomissements aqueux, pas de sensibilité du ventre. Soif toujours vive.

Par le vagin il s'écoule un peu de liquide sanguinolent, sans odeur fétide. Cathétérisme.

A 7 heures du matin, T. 37,5. P. 110.

A 4 heures de relevée, T. 37,7. La malade a encore eu quelques vomissements ; elle éprouve quelques coliques et demande à aller à la selle. On lui fait une injection de morphine pour éviter les selles.

8 heures du soir, T. 37,9 ; P. 100.

La malade a été maintenue à la diète absolue et n'a pris que de l'eau glacée en petite quantité. Le cathétérisme est pratiqué régulièrement. Il existe un peu de sang dans l'urine et la malade se plaint d'un peu de ténesme vésical.

Le 24. La nuit a été excellente ; sommeil interrompu seulement par la soif.

A 7 heures du matin, T. 37,7 ; P. 110.

La malade n'a plus eu de vomissement. État très satisfaisant. Demande à uriner seule, mais ne le peut pas.

A 5 heures du soir, T. 37,6. P. 110.

A 11 heures du soir, T. 37,8 ; P. 112. Régime : eau glacée, Champagne et bouillon.

Le 25. Nuit bonne,

A 7 heures du matin, T. 37,8. P. 110. Régime : bouillon, œuf, vin de Bordeaux.

A 6 heures du soir, T. 37,8 ; P. 110.

Depuis 3 heures la malade est agitée, se plaint de coliques et de besoin d'uriner. Le cathétérisme donne une grande quantité d'urine et est suivi d'évacuation de gaz par l'anus. La malade se sent soulagée.

Le 26. La nuit a été agitée. Injection de morphine.

A 9 heures. T. 38,4 ; P. 112.

En présence de l'élévation de la température, nous procédons à l'enlèvement du tampon iodoformé. Il est imbibé d'un liquide sanguinolent et purulent à odeur légèrement sanieuse et iodoformée. Dans le rectum quelques scybales qu'on éloigne par le doigt. Après une irrigation vaginale phéniquée, on place un nouveau tampon après insufflation d'iodoforme. Administration d'huile de ricin.

A 6 heures du soir, T. 38,2 ; P. 116.

La journée a été bonne. Deux selles molles ; la malade urine seule. Encore quelques coliques.

A minuit, T. 38,0 ; P. 112.

Le 27. La nuit a été agitée.

A 7 heures du matin, T. 38,4. P. 128.

Malgré l'élévation de la température, l'état est très satisfaisant, le facies est bon, la malade gaie. Un nouveau pansement est pratiqué. Au fond de la plaie vaginale, il existe de chaque côté quelques lambeaux gangreneux, qui proviennent de la ligature des ligaments larges. C'est à la présence de ces lambeaux qu'est due l'augmentation de la température. Pansement à l'iodoforme.

5 heures du soir, T. 38,1; P. 120. Régime : bouillon, lait, œufs.

A 11 heures, T. 38,0; P. 112.

Le 28. La nuit a été bonne; sommeil calme et prolongé.

A 7 heures du matin, T. 38,4; P. 112.

A 5 heures du soir, T. 38,2; P. 108.

Le 29. La nuit a été assez agitée.

7 heures du matin, T. 38,2; P. 108.

6 heures du soir, T. 38,3; P. 108.

L'état de la malade continue à être des plus satisfaisants.

Le 30. Matin, T. 38,1; P. 108.

Soir, T. 38,2; P. 110. Administration d'huile de ricin.

1er octobre. Matin, T. 37,7. P. 96. Les parties gangrenées dans le vagin commencent à se détacher.

Soir, T. 38,2.

Le 2. Matin, 37,6; P. 92. La malade preud de la viande.

Le 3. T. 37,6; P. 92.

Soir, T. 38,2.

Le 4. Matin, T. 37,6; P. 92.

Soir, T. 38,0.

Le 5. Matin, T. 37,4. P. 88.

Soir, T. 38,0.

Le 6. Chute des ligatures du ligament large droit et de quelques-unes du côté gauche. Elles renferment dans leurs anses des tissus gangrenés. Quelques lambeaux gangrenés se détachent en outre. Une suppuration franche est établie.

Le 7. Matin, T. 37,6.

Soir, T. 37,8. La malade se lève pour la première fois; elle

fait quelques pas et reste dans son fauteuil pendant quelques heures.

A partir de ce moment, l'état de la malade s'améliore de jour en jour et ne présente plus rien à noter. La plaie au fond du vagin diminue rapidement d'étendue, la suppuration devient moins abondante, et quatre semaines après l'opération la malade peut retourner chez elle et faire en voiture le trajet d'Uccle à Bruxelles.

Six semaines après l'opération, la plaie vaginale est complètement cicatrisée ; la cicatrice est bien nette, sans induration ; dans l'angle gauche, il existe encore un petit bourgeon qui finit par se cicatriser complètement. Au commencement, l'œdème des membres inférieurs persiste, surtout à gauche, mais peu à peu tous les symptômes disparaissent. La malade est parfaitement bien portante, elle n'a plus de douleurs, elle s'occupe de son ménage et de ses affaires, l'appétit est revenu, les selles sont régulières, bref toutes les fonctions s'accomplissent normalement.

Cet état de santé parfaite s'est maintenu pendant quatre mois et demi pleins. A mon avant-dernier examen, le 12 février 1884, j'ai cependant constaté à gauche, à l'angle de la cicatrice, un peu d'infiltration et un petit bourgeon qui commence à pousser. La malade n'a ressenti encore aucune douleur de ce côté ; elle continue sa manière de vivre ordinaire.

Au 25 février 1884, elle a eu un peu de diarrhée et de coliques ; le bourgeon a grandi, mais ne détermine jusqu'à présent aucun symptôme désagréable ; bref, l'état de santé est toujours des plus satisfaisants, à part quelques coliques abdominales et une sensation de gène dans le bas-ventre. Ces symptômes manquent absolument lorsque la malade se tient au repos.

L'observation qu'on vient de lire est intéressante à plus d'un titre.

L'ablation totale de la matrice par le vagin est une opération qui n'a, si mes souvenirs sont exacts, jamais été pratiquée chez nous. C'est pourquoi j'ai cru bien faire en rappor-

tant tout au long le manuel opératoire qui est, à part quelques modifications de détail, celui indiqué par Czerny (1) et Schröder (2).

Quelques auteurs ont appliqué l'écraseur sur les ligaments larges, d'autres ont employé la ligature élastique (Olshausen), d'autres, avant de lier, appliquent de longues pinces de Péan (Billroth).

Pour amener la matrice au dehors, Czerny conseille de la faire basculer en avant, Schröder de la faire basculer en arrière, Billroth, enfin, se contente de l'abaisser fortement.

Quant à la plaie vaginale, tantôt elle est laissée béante, tantôt elle est réunie partiellement ; on suture le péritoine de façon à fermer la cavité abdominale, ou bien on soude le péritoine au vagin.

Le drainage a été également appliqué, tantôt à l'aide de gros drains en T, tantôt on s'est borné, comme nous l'avons fait, à obtenir le drainage à l'aide du tampon léger de coton-charpie phéniqué ou iodoformé.

Qu'il nous suffise de signaler toutes ces particularités du manuel opératoire sans les discuter. Leur nombre et leur variété prouvent que l'on n'est pas encore d'accord sur tous les points relatifs à l'opération.

Les suites de l'opération démontrent que celle-ci est praticable et que dans certaines circonstances c'est une opération que l'on peut et même que l'on doit faire.

Les suites ne peuvent pas être plus favorables qu'elles n'ont été. On ne pourrait pas souhaiter mieux pour la plus simple opération chirurgicale et l'ablation pure et simple d'un sein peut donner plus d'accidents. La plus haute température observée a été de 38,4 ; la convalescence s'est établie sans encombre.

---

(1) Czerny. *Ueber Ausrottung der Gebärmutterkrebses.* (*Wien. med. Wochenschr.*, nos 45-49, 1879.)

(2) Schröder. *Ueber die Exstirp. der Carcin. Uter. von der Scheide aus. Verhandl. der gynäk. Section Deutsch. Naturforsch*, 1880.

Dans les ablations du sein, une marche semblable est la règle ; pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'ablation utérine par le vagin. Il en est ainsi pour les ovariotomies, qui exposent toujours à de graves accidents et qui, cependant aujourd'hui, réussissent généralement.

Comme nous l'avons déjà dit, la méthode vaginale, quand elle est possible, présente de grands avantages sur l'ablation de l'utérus par l'abdomen. Ces avantages ressortent d'une façon frappante immédiatement après l'opération. La femme qui a subi l'ablation par la laparotomie est toujours fortement affaissée, le facies est mauvais, le visage exprime un état d'abattement extrême, le pouls est excessivement petit et rapide. En un mot les opérées présentent au plus haut degré les caractères du shock et ces symptômes existent même quand les suites de l'opération doivent être favorables. Cela dépend de l'étendue du traumatisme, de la perte de sang, de la longue durée de l'opération et en grande partie probablement de l'irritation des intestins. Dans le cas d'opération par le vagin, les symptômes du shock manquent pour ainsi dire complètement ; la malade ressemble plutôt, comme le dit Scrhöder, à une accouchée qu'à une opérée.

Le résultat que nous avons obtenu est d'autant plus remarquable que l'affection était plus avancée. Pendant quatre mois et demi, la santé a été parfaite, sans réapparition sensible du mal. Au début du cinquième mois, un commencement de récidive s'est montré, mais jusqu'à présent les souffrances sont tout à fait insignifiantes. Nous avons donc rendu à la femme cinq mois de santé parfaite ; à notre avis, c'est énorme, surtout si l'on tient compte de l'état physique et moral avant l'intervention.

On nous objectera peut-être que si nous n'avions pas opéré, la malade aurait pu vivre encore longtemps avec l'affection qu'elle portait. Cela est possible, mais peu probable, étant donnée l'étendue des lésions. Mais, en tout cas, la vie dans ces circonstances était insupportable. Il est vrai que dans les hospices on trouve parfois des femmes atteintes de cancer

utérin depuis de nombreuses années, des femmes qui continuent à traîner une pénible existence avec des hauts et des bas dans leur état. Cela est parfaitement exact. Mais ce qui arrive aussi, c'est que la plupart des femmes atteintes de cancer utérin meurent avant d'arriver dans les hospices et qu'on ne peut dès lors faire une statistique basée uniquement sur ces faits. D'autre part, rien ne nous dit que si ces femmes, chez lesquelles l'évolution du cancer est aussi lente, avaient été opérées dès le début, elles n'auraient pas été définitivement guéries. Il serait à ce point de vue excessivement intéressant de mesurer dans ces formes lentes de cancer la nutrition organique et de rechercher si l'élimination de l'urée se comporte ici comme généralement dans le cancer. Quoi qu'il en soit, il est prouvé que certaines dégénérescences affectant les caractères du cancer utérin peuvent être guéries définitivement si on les enlève à temps. Ceci est établi surtout pour les affections du col; des femmes auxquelles on a fait l'ablation du col de la matrice pour affection cancéreuse ont été radicalement guéries et n'ont jamais présenté de récidive. Je citerai ici une statistique bien intéressante qui nous est fournie par le professeur K. Braun, de Vienne (1). Cette statistique comprend 136 cas d'amputation du col utérin pour cancer; 22 malades ont été perdues de vue; 79 sont mortes de récidives ou d'autres causes; 33 opérées sont guéries; leur guérison date de 1 à 19 ans 1/2: enfin, 2 sont mortes à la suite de couches sans récidive.

Pour l'ablation totale de l'utérus, les résultats sont moins brillants, au point de vue de la cure radicale. Cela tient à ce que l'opération étant très grave, on ne la pratique généralement que très tard. Cependant, Freund et Schröder ont eu des opérées chez lesquelles la guérison s'est maintenue pendant quatre, trois et deux ans.

Il n'est donc pas douteux, et c'est l'avis de tous ceux qui se sont occupés de cette question, que souvent les dégénéres-

(1) Pawlik. *Wien Klin.*, n° 12, 1882.

cences du col utérin sont au début des affections purement locales, des affections qui dérivent de lésions primitivement bénignes et qui ne deviennent malignes que peu à peu. De même, nous pouvons voir dans d'autres régions des tumeurs qui sont réputées pour être généralement de bonne nature, prendre tout à coup un caractère tout à fait opposé. Cette différence dans la marche des dégénérescences a surtout été mise en lumière par les recherches de M. le professeur Rommelaere (1). Se basant sur les résultats que lui ont fourni les analyses de l'urée, M. Rommelaere n'hésite pas à dire qu'il existe deux espèces de carcinomes : les carcinomes bénins et les carcinomes malins. Les carcinomes malins s'accompagnent toujours d'hypoazoturie, les carcinomes bénins ne présentent pas ce caractère. Les premiers tuent infailliblement, non pas seulement à cause des ravages locaux qu'ils provoquent, mais encore à cause de la viciation qu'ils apportent dans la nutrition générale.

Les derniers tuent, mais en n'atteignant pas l'organisme dans son fonctionnement intime. De là, l'indication formelle de les enlever, quel que soit du reste leur siège. L'opération sera peut-être difficile, mais elle pourra réussir, car l'organisme se trouve dans les conditions voulues pour fournir un travail réparateur.

Dans le cas de tumeur maligne, théoriquement il ne faudrait jamais opérer, puisque l'organisme ne peut pas fournir les matériaux nécessaires pour la réparation et que la guérison complète ne peut pas être espérée. Pratiquement, nous croyons cependant qu'on est autorisé à intervenir et ce, dans le but de soulager momentanément le malade.

Dans notre cas, nous n'avions pu, à cause de difficultés matérielles, faire l'analyse de l'urée avant l'opération. L'organe malade enlevé, il nous semblait intéressant de mesurer l'intensité de la nutrition organique.

Car, si la viciation de la nutrition intime dans le cancer

(1) W. Rommelaere. *Loc. cit.*, p. 321 et suiv.

dépend uniquement de la pénétration continuelle dans le sang de matériaux provenant de la tumeur existante. il est évident que, la tumeur cancéreuse enlevée, la viciation de nutrition doit disparaître. De même une infection septicémique cède dès que le foyer d'infection disparait.

Si, au contraire, la malignité d'un produit réside non seulement dans ses caractères locaux, mais encore dans une viciation primitive de la nutrition intime, si, en d'autres termes, l'organisme ne constitue pas un terrain neutre sur lequel viennent s'implanter les cellules cancéreuses, mais un terrain préparé, déchu, qui seul permet l'évolution du cancer, dans ce cas, la viciation de nutrition doit persister après l'ablation du mal local. C'est cette dernière hypothèse que les travaux de M. le professeur Rommelaere tendent à démontrer.

C'est pour éclairer ce point capital au point de vue pratique que nous avons fait l'analyse de l'urée chez notre opérée. Il serait désirable que chaque fois après l'ablation d'une tumeur maligne, ont fît l'analyse des urines pour voir si oui ou non la nutrition reste altérée.

Les premières analyses ont été faites une semaine et demie après l'opération. A cette époque, la plaie vaginale suppurait et des lambeaux gangréneux ligaturés devaient encore se détacher. Voici les résultats obtenus :

Dates.	Quantité d'urine.	Quantité d'urée.
3 X.........	945 cc.........	8.741 grammes.
6 X.........	970 cc.........	14.79 —
7 X.........	385 cc. (1).....	3.37 —
8 X.........	910 cc.........	11.15 —
9 X.........	695 cc. (1).....	5.03 —
10 X.........	1.155 cc.........	8.08 —

En laissant de côté les analyses du 7 et du 9 septembre, où l'urine n'a pu être recueillie entièrement, nous obtenons comme moyenne de l'évacuation journalière d'urée, 10,685 grammes.

(1) La malade a perdu des urines en allant à la selle.

Les analyses faites au mois de décembre ont donné les résultats suivants :

Dates.	Quantité d'urine.	Quantité d'urée.
3 XII.......	1.300 cc..........	8.33 grammes.
13 XII.......	1.400 cc..........	11.61 —

Moyenne journalière : 9.97 grammes d'urée.

Ces chiffres indiquent que chez notre malade, après l'ablation de la matrice, la viciation de la nutrition organique a persisté, puisque au lieu d'émettre 30 grammes d'urée par jour, la malade n'en émettait que 9 à 10. Ces résultats confirment les opinions émises par M. le professeur Rommelaere dans son travail sur le cancer.

L'ablation totale de l'utérus soulève encore une foule de questions qu'il serait intéressant de passer en revue, notamment celle de la valeur de cette opération comparée aux autres opérations que l'on dirige contre les affections cancéreuses du col. Nous n'aborderons pas cette question aujourd'hui, nous proposant de la mentionner dans un autre article.

Nous serions satisfait si notre travail pouvait contribuer à attirer l'attention sur une opération qui, à notre avis, est trop systématiquement rejetée dans notre pays. Les essais nombreux qui ont été faits en d'autres pays, notamment en Allemagne, en Angleterre et en Amérique, ne sont pas tous encourageants, nous en convenons, mais il n'en est pas moins vrai que cette opération, avec les perfectionnements qui y ont été apportés, ouvre une voie nouvelle dans le traitement d'une des affections les plus douloureuses et les plus pénibles.

Bruxelles, 1er mars 1884.

P.-S. — Depuis cette date, l'infiltration du vagin a augmenté ; à part le bourgeon dans l'angle gauche de la cicatrice qui mesure environ un demi-centimètre de hauteur, les tissus ne sont pas ulcérés. L'état général se maintient, sauf quelques douleurs légères dans le bas-ventre, la malade se sent actuellement, c'est-à-dire huit mois après l'opération, tout à fait bien portante.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 7 mai 1884.

De l'influence des fortes émotions chez la femme sur la production de l'idiotie chez les enfants. — Le Dr Arthur Mitchell lit un travail sur ce sujet, dans lequel il fait remarquer que l'on fait souvent intervenir cette cause sans qu'elle soit justifiée la plupart du temps et que, bien souvent, l'on pourrait en faire intervenir d'autres, qui se manifestent après la naissance. Cependant il a eu l'occasion, dans certains cas, de se convaincre que c'était bien la cause réelle qui produisait l'idiotie. Cette cause peut agir pendant la vie intra-utérine, soit en amenant un arrêt de développement, soit en déterminant une malformation. Des émotions brusques peuvent parfois produire les mêmes effets; dans ces cas, les patientes ont remarqué qu'à la suite de l'émotion le fœtus était animé de mouvements violents, suivis pendant quelques jours d'un état d'inertie complète. Il est fort probable que ces mouvements sont convulsifs et, si l'on admet cette hypothèse, on s'expliquera parfaitement qu'il puisse en résulter un trouble mental permanent On sait que les émotions peuvent provoquer l'avortement qui, dans certains cas, paraît être précédé de la mort du fœtus. Ce mémoire se termine par l'exposé de six observation d'idiotie, à la suite de la thèse soutenue par l'auteur.

M. Gervis dit que, selon lui, la cause indiquée ci-dessus n'agit pas directement sur le fœtus, mais ne fait ressentir son effet que d'une façon médiate, c'est-à-dire après avoir impressionné la mère dans son économie toute entière.

M. West fait remarquer qu'il ne faut pas attribuer aux statistiques plus de valeur qu'elles ne méritent, jusqu'à ce qu'on ait comparé entre elles plusieurs séries de cas où ces mêmes causes auront été suivies d'effets différents.

M. Fletcher Beach dit que, d'après ses statistiques, la peur et les autres impressions morales constituent un vingtième des cas où il a pu recueillir des renseignements certains; mais il faut aussi tenir compte de ce fait, à savoir que, dans ces cas, d'autres facteurs inter-

venaient pour causer à la mère de la peur ou de l'anxiété, tels que l'intempérance, le manque de nourriture, l'excès de coït, etc... Très souvent aussi on trouvait, dans les antécédents de famille, la folie, l'idiotie, l'épilepsie, la paralysie.

M. Cleveland est d'accord avec M. West. Il relate l'histoire de six enfants, dont trois étaient idiots. Les parents étaient sains, mais il y avait du côté maternel un précédent de folie.

M. Aveling regrette que l'auteur du mémoire précédent n'ait pas recueilli les antécédents des malades, au point de vue de la folie et de la consanguinité.

N. Mathews Duncan fait observer que M. Mitchell ne prétend pas avoir prouvé la thèse qu'il soutient, mais qu'il est seulement convaincu de sa réalité; ce en quoi il partage complètement son avis. M. Mitchell s'est toujours attaché à faire ressortir l'influence qu'avaient sur les enfants l'âge de la mère, le nombre de grossesses et d'autres circonstances analogues. Ancel a montré que l'influence nuisible ou favorable que pouvait avoir le nombre de grossesses s'étendait pendant toute la durée de l'enfance jusqu'à l'âge adulte. De tels faits prouvent combien des causes légères peuvent produire de graves effets, et viennent confirmer l'opinion de l'auteur.

M. Heywood Smith fait remarquer que M. Mitchell a oublié de noter l'époque de la gestation à laquelle survenaient les causes perturbatrices. D'après ses propres observations, c'est généralement du troisième au quatrième mois qu'était produite l'impression normale qui devait aboutir à une infirmité chez l'enfant.

Grossesse extra-utérine. — Extraction d'un enfant vivant par le vagin. — Guérison. = M. Mathieson rapporte l'observation d'une malade âgée de 30 ans, mère de cinq enfants, dont les règles cessèrent au mois de novembre 1880, en même temps qu'apparaissaient des douleurs abdominales. Au mois de décembre 1880, on remarquait la présence d'une grosseur dans la région inguinale gauche. L'auteur ne vit la malade, pour la première fois, qu'au mois de mars 1881, époque à laquelle il constata la présence d'une tumeur s'élevant au niveau de l'ombilic, remplissant toute la région inguinale gauche et s'étendant à droite à 55 millimètres de la ligne médiane. L'hystéromètre pénétrait à une profondeur de 10 centimètres en s'inclinant à droite et en avant de la tumeur. Celle-ci était parfois le siège de douleurs et d'nne sensibilité exagérée; on y percevait une

sensation analogue à celle produite par « de la gelée qu'on remue »; les mictions étaient douloureuses et les garde-robes irrégulières.

La tumeur continuait à augmenter de volume, les mouvements du fœtus étaient de plus en plus accusés et les douleurs de plus en plus intenses.

Le 12 avril, celles-ci apparurent sous forme d'accès avec nausées, pouls à 146, température à 40°, refroidissement des extrémités, sueurs froides; tous ces symptômes cédèrent à la morphine.

Des accès semblables survinrent le 22 avril, les 2 et 18 mai. Le 2 juin, un accès à peu près analogue s'accompagne de douleurs régulières ressemblant à celles du travail, en même temps qu'il se faisait un écoulement rougeâtre. Le volume de la tumeur continua à s'accroître et la partie qui se développait le plus était toujours celle où la douleur était la plus vive. Le 13 juin survint une attaque semblable à la dernière, mais les douleurs paraissaient expultrices, bien que rien ne vînt apparaître dans le vagin. Le 28 juin, pendant qu'elle urinait, elle eut un violent accès suivi de syncope. Le plancher du vagin était alors rempli par une masse solide. On se décida alors à faire l'opération par la voie vaginale. L'enfant se présentait par la face; on en fit l'extraction à l'aide du forceps.

Il était en état de mort apparente, mais des soins immédiats le rappelèrent promptement à la vie. Le placenta était situé du côté gauche, et, à la partie postérieure de la cavité, son bord inférieur était à 55 millimètres de la paroi vaginale.

On put le retirer facilement et on appliqua une éponge imbibée de perchlorure de fer sur la surface à laquelle il adhérait. L'hémorrhagie fut très faible, on retira les caillots et l'on boucha toutes les parois avec du perchlorure du fer. Après l'opération, la malade fut atteinte d'un état d'affaiblissement très prononcé. L'enfant pesait près de neuf livres et paraissait à terme. Le placenta était trilobé, mais on le fit disparaître avant qu'on ait pu en faire un examen suffisant. On fit ensuite des lavages antiseptiques dans la cavité et, au bout de trois mois, la cicatrisation était effectuée.

Pendant près de deux ans après l'opération, la malade accusa des douleurs intenses dans le côté gauche. Au mois d'août 1883, l'auteur la revit en très bonne santé; les douleurs ne se montraient plus qu'après de grandes fatigues, et depuis six mois la menstruation était régulière. L'enfant se portait parfaitement et était très bien développé.

M. Gervis n'a pas confiance dans l'opération faite par la voie vaginale. On doit, il est vrai, juger chaque cas d'après ses particularités; mais, en général, on doit préférer la voie abdominale.

M. Aveling émet l'opinion qu'il est possible que le sac n'était autre qu'un second utérus.

M. Playfair désapprouve l'opération vaginale. L'observation relatée plus haut est très singulière, surtout au point de vue de l'existence des douleurs ressemblant à celles du travail.

M. Champneys fait remarquer que ces douleurs font partie du cortège habituel des symptômes observés dans ces cas.

M. Bantock est d'avis que la grossesse n'était autre qu'une gestation tubaire, et que le kyste fœtal s'était développé entre les feuillets du ligament large.

M. Carter cite un cas de grossesse extra-utérine, dans lequel le fœtus mourut aux approches du terme et fut extrait par l'abdomen, bien que l'opération vaginale aurait été très facile. Il dit également que les douleurs ressemblant à celles du travail sont très fréquentes dans ces cas.

M. Edis soutient que la voie abdominale doit être la voie d'élection, surtout dans l'état actuel de la chirurgie abdominale.

M. Griffilh pense que la présence d'un kyste à parois contractiles indique, soit une gestation interstitielle, soit qu'il existe un utérus double.

Dégénérescence kystique du col. — M. Gervis rapporte l'observation d'une malade, âgée de 45 ans, mère de neuf enfants dont le plus jeune avait 5 ans. Le col était parsemé de vésicules lisses, dont le volume variait de celui d'un grain de millet à celui d'une graine de chanvre.

Il n'y avait rien autre chose d'anormal. On ponctionna ces vésicules qui ne donnèrent issue qu'à de l'air, dont la sortie se fit avec un bruit perceptible à l'oreille, puis elles disparurent et l'on n'en distingua, dans la suite, d'autres traces que celles mêmes qui résultaient des ponctions.

M. Hermann dit que cette maladie est celle décrite par Vinckel, sous le nom de *colpohyperplasie kystique*, qui est caractérisée par l'existence des kystes contenant de l'air ou un gaz quelconque.

Paul Rodet.

VARIÉTÉS

Errata. — Une faute d'impression, à propos de la sonde à injections intra-utérines de M. le professeur Pajot, a fait dire chez *Guérin*. — C'est chez CUÉNIN, fabricant d'instruments à Paris, qu'il faut lire.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Les *Annales de Gynécologie* ont recu :

De l'exploration obstétricale, signes et diagnostic de la grossesse, par le Dr H. GARÉ (de Nantes). In-8°. Prix : 4 fr. — Alex. Cocoos, éditeur.

De l'alcool, sa combustion, son action physiologique, son antidote, par le Dr Jules JAILLET, ancien chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 180 pages. Prix : 4 fr. — O. Doin, éditeur.

Étude clinique et expérimentale sur l'acétonémie, par le Dr de GENNES. 1 vol. in-8° de 95 pages. Prix : 2 fr. 50. — O. Doin, éditeur.

De la spermatorrhée, par le Dr A. MALÉCOT, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 140 pages. Prix : 3 fr. — O. Doin, éditeur.

De la pince à os et du cranioclaste, par le Dr A. AUVARD, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris. 1 vol. grand in-8° de 260 pages avec 45 figures dans le texte. Prix : 5 fr. — O. Doin, éditeur.

De la vaccination par injection sous-épidermique, par le Dr BOURGEOIS, médecin major. In-8° de 20 pages. Prix : 1 fr. — O. Doin, éditeur.

Recherches historiques, ethnographiques et médico-légales sur l'avortement criminel, par le Dr Léon GALLIOT. In-8° de 130 pages avec deux tableaux de la statistique criminelle de la France. Prix : 4 fr. — O. Doin, éditeur.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. PARENT, imp. de la Fac. de médec., A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue M.-le-Prince, 14.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Août 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

DU TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN.

AVANTAGES DE L'AMPUTATION DU COL DE LA MATRICE PAR L'ANSE GALVANIQUE (1).

Par T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Messieurs,

En abordant cette tribune, dont l'accès m'a été si libéralement ouvert par la courtoisie de votre président, il est de mon devoir de remercier tout d'abord la Société de chirurgie de l'honneur qu'elle veut bien me faire en me traitant comme si j'étais l'un de ses membres, et en me permettant de prendre part à la discussion qui peut s'ouvrir à la suite de ma communication. Ce n'est pas la première fois, du reste, qu'elle fait semblable accueil à un médecin des hôpitaux; et, de son côté,

(1) Communication faite à la Société de chirurgie, dans sa séance du 2 juillet 1884.

notre Société médicale a conservé le meilleur souvenir de la participation active et fructueuse de l'un des vôtres à des délibérations dans lesquelles il avait été invité à intervenir.

Si nous avons des attributions spéciales, qui marquent entre nos occupations et nos travaux une limite nécessaire et le plus souvent très nettement tranchée, il faut bien reconnaître que, parfois, cette limite disparaît et que, dans bien des cas, nous sommes rapprochés, non pas seulement par les difficultés de la pratique, mais aussi par les obscurités de la science, dont certains problèmes exigent, pour être résolus, la double compétence du chirurgien et du médecin. Les discussions, dans ces cas, gagneraient, ce me semble, à pouvoir être suivies en même temps par les médecins et par les chirurgiens; et, par la façon dont vous voulez bien m'accueillir aujourd'hui, vous montrez combien il serait facile d'établir, à ce sujet, un accord entre les deux Sociétés.

Je n'aurais certainement pas songé à intervenir dans la question qui s'agite en ce moment au sein de la Société de chirurgie, si la discussion s'était maintenue dans les limites que semblait devoir lui tracer l'intéressante communication faite par M. Bœckel, dans la séance du 4 juin. Il s'agissait, on se le rappelle, de deux des opérations les plus graves et les plus hardies de la chirurgie : l'extirpation *totale* de l'utérus, suivie de l'extirpation d'un rein. Même en l'absence de la complication qui a nécessité plus tard l'ablation du rein, l'extirpation complète de l'utérus, pratiquée pour la première fois, avec un succès relatif, par Récamier, comporte par elle-même assez de gravité pour qu'on hésite à l'imiter. Elle n'est pas de ma compétence, et si jamais je me trouvais appelé à la conseiller, j'en confierais l'exécution à un collègue tout à fait habitué aux grandes opérations de la chirurgie pelvienne. Et même, encore, je ne voudrais assumer la part de responsabilité m'incombant dans une résolution aussi grave que pour certains cas bien déterminés de cancer de la muqueuse du corps de l'utérus, où la lésion est très exactement limitée

à la cavité utérine, sans prolongement vers sa surface externe, sans adhérences péritonéales, sans cette extension du cancer aux tissus ambiants, qui forme autour de l'organe malade une sorte de gangue et l'incruste, pour ainsi dire, au milieu du bassin, dans une immobilité bien connue des cliniciens, car elle constitue un des signes les plus caractéristiques de l'existence du cancer. Ces circonstances, qui peuvent justifier l'opération dont il s'agit, se rencontrent bien rarement, puisque, jusqu'à présent, je n'en ai pas vu plus de deux cas dont j'ai donné la relation (1).

Mais du moment où la question, par suite de l'intervention de M. Verneuil et de M. Trélat, a quitté ce terrain trop circonscrit pour s'étendre sur celui, beaucoup plus large, du traitement du cancer de l'utérus et des opérations par lesquelles il convient de le combattre, je me sens plus à l'aise pour donner mon opinion, en l'appuyant sur des faits nombreux, dont plusieurs ont une importance et une signification que je demande la permission de signaler aux praticiens de cette Société.

Je suis de ceux qui considèrent comme un devoir professionnel d'accueillir avec les mêmes paroles d'espérance et de consolation, en les soignant avec la même sollicitude, tous les malades qui viennent se confier à nous, quelque désespéré que soit leur état, quelque incurable que soit l'affection dont nous les reconnaissons atteints. J'ajoute qu'en nous plaçant au point de vue purement scientifique, nous avons un devoir non moins impérieux à remplir en nous imposant l'obligation de chercher à reculer, par tous les moyens en notre pouvoir, les limites de cette incurabilité. C'est ce que j'ai tenté de faire, comme beaucoup de mes collègues de la Société de chirurgie, en ce qui concerne le cancer de l'utérus.

Pas plus qu'eux je n'ai obtenu de résultats satisfaisants dans les cas où le cancer, envahissant de proche en proche,

---

(1) Voir *Leçons Cliniques sur les maladies des femmes*, 2e éd., p. 946.

a dépassé les insertions vaginales et s'est étendu plus ou moins profondément au sein des organes et des tissus qui remplissent la cavité pelvienne, soit qu'il bourgeonne en proliférant, soit qu'il ronge en creusant.

Un instant, j'avais cru pouvoir arrêter ce travail envahissant, en faisant au milieu des tissus déjà altérés, ou sur la limite qui les sépare encore des tissus sains, des injections interstitielles avec des caustiques liquides divers (1); mais je dois à la vérité de reconnaître que mes tentatives à cet égard n'ont été suivies d'aucun succès manifeste. Je ne puis présenter à l'actif de cette méthode qu'un seul cas de guérison incontestable due à un de mes anciens élèves, M. Ambroise Guichard, et dans des conditions telles que le même résultat aurait pu être obtenu, d'une façon non moins certaine, si ce très habile chirurgien avait eu recours à tout autre procédé opératoire, pour enlever la production morbide, car elle était très exactement limitée à une des lèvres du col (2).

Il faut donc ranger ces injections caustiques interstitielles à côté de la pâte de Canquoin, du caustique Filhos, voire même du fer rouge, dans la catégorie des moyens plus souvent nuisibles qu'utiles, auxquels on peut cependant se trouver quelquefois forcé d'avoir recours pour relever le moral des malades, mais seulement dans les cas où ils pourront permettre de conjurer temporairement quelques uns des symptômes les plus pénibles du cancer utérin. Avant d'y avoir recours, même dans ces cas fort limités, on devra préalablement se bien assurer que leur intervention ne sera pas de nature à donner, en quelque sorte, un coup de fouet à la maladie, en activant son évolution et en favorisant, comme cela a lieu trop souvent, les manifestations péritonéales, qui précipitent le dénouement fatal.

(1) V. *Gazette des hôpitaux*, 1868, et *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1re édit., p. 627.

(2) Amb. Guichard. *Épithélioma du col de l'utérus, guéri par l'injection interstitielle d'une solution de chlorure de zinc au cinquième* (*Ann. de gyn.*, t. VII, 1877, p. 142, figures).

Les exemples sont nombreux d'accidents ainsi survenus à la suite d'applications caustiques faites, tant avec le fer rouge qu'avec les agents chimiques, et si leur souvenir suffit pour nous autoriser à ne les employer qu'avec la plus grande réserve, il ne doit pas nous faire oublier les cas — beaucoup plus rares, il est vrai, mais non moins remarquables — dans lesquels leur emploi, bien dirigé, a été suivi des plus heureux résultats. Je puis citer à ce propos un fait des plus démonstratifs, qui s'est passé il y a quelques années, dans mon service de l'hôpital de la Pitié.

J'avais une malade qui me paraissait atteinte de cancer du col de l'utérus, ayant envahi jusqu'aux limites supérieures de ce segment de la matrice, et dépassant les insertions du vagin, si bien que j'hésitai à en pratiquer l'ablation. Avant de passer outre, je demandai l'avis d'un de mes collègues, chirurgien de l'hôpital, à qui je proposai de se charger de l'opération; mais il s'y refusa, la jugeant absolument impraticable. Devant cette impossibilité de dépasser les limites supérieures du mal, il fut décidé que nous nous abstiendrions de toute tentative d'extirpation, et que je me bornerais à détruire le cancer, ou à en modérer l'extension au moyen de cautérisations au fer rouge. C'est ce qui fut fait, et, — contrairement à mes prévisions, — je ne fus pas peu surpris de voir une amélioration considérable se produire, après la troisième ou la quatrième de ces cautérisations, pratiquées à une vingtaine de jours d'intervalle. — Bref, la guérison se fit et je conservai assez longtemps la malade dans mes salles, pour pouvoir en constater la réalité et la persistance. Si bien que quand je la montrai de nouveau, plus tard, au collègue qui l'avait examinée une première fois avec moi, il hésita à croire que ce fût bien là la même femme, qu'il avait refusé d'opérer quelques mois auparavant, par crainte de l'extension du cancer au-dessus des insertions du vagin.

Encouragé par cet exemple, qui l'avait vivement intéressé, M. Paul Segond, qui était alors mon interne, me demanda l'autorisation de traiter de la même façon une autre malade, qui

se présentait à nous dans des conditions à peu près analogues; et il obtint le même résultat.

Est-ce à dire que, dans ces deux cas et dans d'autres semblables (voir *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 2e édit., p. 982) il se soit agi de cancers véritables, guéris par la cautérisation au fer rouge? Quoiqu'il soit, jusqu'à un certain point, permis de le penser, je ne voudrais pas l'affirmer avec trop d'assurance, et j'aime mieux admettre, si l'on veut, et ce qui peut paraître plus probable, que nous avons eu affaire à des affections plus bénignes, dont le fer rouge a pu avoir raison.

Mais je me hâte d'ajouter que ces hésitations et ces doutes, relatifs à la nature de la maladie en face de laquelle nous nous sommes trouvés, à son essence même, n'existeraient pas, si au lieu d'avoir détruit le tissu morbide sur place, nous l'avions enlevé en totalité ou en partie, de façon à pouvoir le soumettre à un examen anatomique complet, — comme cela a été fait dans toutes les opérations d'ablation de cols utérins, déclarés réellement cancéreux, dont il me reste à parler.

Cela dit, j'arrive aux cas beaucoup plus encourageants pour nous, dans lesquels le cancer, limité au segment le plus inférieur du col utérin, au museau de tanche, ne dépassant pas encore les insertions supérieures du vagin, est situé de telle sorte qu'il peut être extirpé en totalité.

Dans ces cas, malheureusement trop rares, faut-il agir? Comment faut-il agir? Quels avantages la malade pourra-t-elle retirer d'une intervention active? Dans quelle mesure ces avantages seront-ils subordonnés au choix du procédé employé pour l'opération?

Il est une règle générale applicable au cancer de l'utérus aussi bien qu'à tous les autres cancers. Elle prescrit d'extirper quand on peut et surtout quand on a la certitude ou même l'espoir, suffisamment fondé, d'enlever toute la partie malade. Sur ce point il me semble qu'il ne peut y avoir ni doute ni hésitation et si la crainte des récidives, à distance ou même sur

place, devait retenir la main de l'opérateur, il faudrait renoncer au traitement des cancers, même les plus accessibles. Mais, heureusement les faits sont relativement assez nombreux dans la science, de guérison bien avérée, qui protestent contre cette désespérance, et encouragent à agir avec résolution.

Alors se pose la question de savoir comment il faut agir ? La situation et les rapports de l'organe sur lequel les instruments doivent exercer leur action ne créent-ils pas un danger spécial et tellement sérieux, qu'ils suffisent à contrebalancer, et au delà, les chances favorables que l'opération pourrait procurer ? Cela était vrai il n'y a pas très longtemps encore, et les résultats obtenus par Lisfranc n'étaient pas faits pour laisser de grandes illusions à cet égard, à ceux qui ont suivi de près les faits de sa pratique. Les insuccès qu'il a obtenus doivent être attribués à deux causes : d'abord à la nécessité dans laquelle il se trouvait de se servir des instruments tranchants qui l'exposaient à toutes les chances possibles d'hémorrhagie et de septicémie ; puis, à la méthode qu'il avait adoptée et qui consistait à attirer l'utérus jusqu'à la vulve, à l'aide de tractions fort énergiques, dont l'action cependant insuffisante devait être souvent facilitée par la section des ligaments. On se rend aisément compte du délabrement et des désordres que devaient produire ces manœuvres préalables, et combien elles devaient avoir d'influence fâcheuse sur le résultat définitif de l'opération.

Ces résultats une fois constatés, on devait s'imposer la règle de supprimer ces tractions préliminaires, et de tâcher d'arriver à pratiquer la section du col de l'utérus, en le laissant en place, là où il est au fond du vagin, sans chercher à le faire descendre et encore moins à l'attirer au delà de la vulve. Cela n'était pas facile avec les instruments tranchants quels qu'ils fussent, pas plus avec les ciseaux ou le bistouri, qu'avec les instruments spéciaux, plus ou moins semblables aux amygdalotomes, qui furent inventés à cet effet ; et l'opération était à peu près généralement abandonnée, lorsque l'introduction de deux in-

struments nouveaux dans l'arsenal chirurgical permit de la remettre en honneur.

Grâce aux appareils galvanocaustiques de Middeldorff qui datent de 1854, et à l'écraseur linéaire de Chassaignac, qui fut inventé en 1835 et dont le serre-nœud de Maisonneuve est un heureux perfectionnement, il devenait possible de se mettre à l'abri des plus grands dangers résultant de la section du col utérin, et, en particulier, de l'hémorrhagie et de l'infection purulente. Mais il restait toujours la difficulté d'opérer au fond du vagin, sans exercer aucune traction sur l'utérus, traction que je tiens essentiellement à éviter, car elle expose à ce double danger, auquel n'ont pas échappé des chirurgiens fort habiles et fort distingués, d'ouvrir la vessie ou le péritoine. C'est un accident auquel tout le monde n'attache pas autant d'importance que moi, et l'on a publié des cas dans lesquels il n'a pas entravé la marche de la guérison (1). Mais ces cas exceptionnellement heureux n'ont pas suffi à me convaincre de l'innocuité de l'ouverture de la vessie, pas plus que de celle du péritoine ; je fais tout ce qui dépend de moi pour tâcher de l'éviter, aussi je me garde bien de faire tirer, même modérément, sur l'utérus que je me contente de fixer en l'immobilisant avec des pinces ou des érignes, et que je vais chercher jusqu'au fond du vagin, là où il est, pour le sectionner.

Cela n'est pas toujours facile lorsqu'il s'agit d'un col cancéreux qui glisse sous les doigts et se laisse très facilement déchirer au contact des instruments mêmes les plus mousses. Aussi n'ai-je jamais pu parvenir, dans ces conditions, à placer d'une façon convenable la chaîne de l'écraseur de Chassaignac

---

(1) ATTHILL (de Dublin). *The Dublin Journal of medical sciences*, february 1877 (Traduit par Lutaud, in *Ann. de gyn.*).

SIMS (Marion). *De l'épithélioma du col utérin et de son traitement* (*Ann. de gyn.*, 1880).

POLAILLON. *Quelques considérations sur le traitement du cancer de l'utérus* (*Ann. de gyn.*, 1882), etc.

qui, enserrant obliquement le col, au lieu de le prendre perpendiculairement à son axe vertical, ne m'a jamais donné qu'une section en biseau, au-dessus de laquelle il restait toujours une portion notable de tissu morbide, qu'il fallait ensuite enlever ou détruire par un autre procédé. Le même inconvénient s'est présenté aussi, quoique plus rarement, avec le serre-nœud de Maisonneuve dont l'anse doit être assez forte et la tige assez volumineuse pour résister aux efforts de pression qu'exige la section d'une masse aussi considérable et aussi résistante que l'est souvent celle formée par un col utérin cancéreux.

Dans ces cas l'anse peu flexible se place difficilement ; on a d'autant plus de mal à la diriger autour du pédicule à enserrer que la tige du serre-nœud a elle-même un diamètre plus considérable, et il arrive souvent que le fil de métal glisse comme la chaîne de l'écraseur et ébarbe seulement la masse morbide par une section en biseau, quand elle ne casse pas au milieu de l'opération, comme cela m'est arrivé plusieurs fois dans des opérations fort délicates, que cet accident a rendues encore plus laborieuses.

Avec l'anse galvanique, ces inconvénients peuvent être beaucoup plus facilement évités. D'abord, le fil étant plus fin se place mieux, il suffit de le diriger sur les doigts pour l'appliquer sur le pédicule à couper et lui en faire suivre tous les contours. On aide à cette manœuvre en découvrant la tumeur au moyen d'un spéculum qui permette de voir largement le col, tout en le laissant, dans une certaine mesure, accessible au toucher digital, comme cela se peut faire avec le spéculum de Sims, ou même avec celui de Gemrig, auquel je trouve d'énormes avantages, pour toutes les opérations qui se pratiquent sur le museau de tanche (1). La tige qui supporte l'anse galvanique est elle-même plus mince que celle de l'écraseur de Chassaignac ou même du serre-nœud de Maisonneuve ; elle

(1) On peut aussi placer cette anse en se servant du spéculum spécialement inventé pour cet objet par M. Leblond (voir *Traité de Chirurgie gynécologique*, p. 471.

tient moins de place dans le vagin et gêne par conséquent moins dans les manœuvres nécessitées pour le placement de cette anse, qui doit toujours, quand elle est appliquée, se trouver perpendiculaire et à cette tige et à l'axe du col qu'il s'agit de couper.

La section peut donc, si l'anse est bien placée, porter sur le point même où le vagin s'insère sur le col utérin et permettre ainsi d'enlever seulement tout ce qui est situé au-dessous de ces insertions, c'est-à-dire la totalité de la portion saillante dans le vagin — on ne saurait exiger davantage. — Cependant on peut obtenir quelque chose de plus, si, après avoir placé l'anse, en se gardant bien, comme je l'ai recommandé, d'exercer aucune traction sur le col, afin d'éviter de comprendre dans ce qu'on enserre aucune portion, soit du péritoine soit de la vessie — et avoir fait passer un courant électrique qui rougissant le fil, le force à pénétrer tant soit peu dans l'épaisseur de la muqueuse où il se creuse une sorte d'encoche, — on attire alors légérement en bas le col utérin, saisi avec des pinces. Cette légère tension, exercée à ce moment et avec beaucoup de ménagements, n'a plus le moindre danger, — puisque les organes à respecter sont plus haut, hors de portée de l'anse caustique, — et elle offre cet avantage d'allonger en quelque sorte, à mesure que se fait la section, la portion de tissu qui vient se présenter au-devant de l'appareil sécateur. Il en résulte que la surface coupée, au lieu d'être plane, est rendue légèrement conique par en haut. Cette petite manœuvre, dont il ne faut pas s'exagérer l'importance, tout en n'offrant aucun des dangers dus aux tractions de Lisfranc que j'ai repoussées, permet cependant de faire remonter l'action de l'anse galvanique dans l'épaisseur du parenchyme utérin, jusqu'à quelques millimètres au-dessus des insertions du vagin.

Tout en réunissant les avantages que je viens rapidement d'énumérer, l'ablation du col utérin cancéreux, au moyen de l'anse galvanique, n'est pas plus que les autres procédés opératoires dont j'ai parlé, absolument exempte de toute espèce

d'inconvénients. C'est ainsi que le fil, une fois placé, peut, ou ne pas chauffer suffisamment pour opérer la section du col enserré, ou se fondre, parce qu'il est porté à une température trop élevée, ou se rompre, sans avoir atteint la température de la fusion, ou même glisser, comme la chaîne de Chassaignac ou le serre-nœud de Maisonneuve et faire ainsi une amputation incomplète en biseau, ou en bec de flûte.

C'est en prévision de tous ces accidents que, tout en lui donnant la préférence dans l'immense majorité des cas, je conseille de ne jamais entreprendre une amputation de col cancéreux sans avoir à sa disposition tous les autres instruments qui, à un moment donné, pourront être nécessaires pour permettre de la terminer. Cette précaution est absolument indispensable; car il m'est arrivé plusieurs fois, après avoir commencé une opération avec l'anse galvanique, d'être obligé de la continuer avec le serre-nœud et de la terminer avec l'instrument tranchant; sans compter les cas où voyant le cancer s'enfoncer profondément dans le tissu utérin, au delà de la partie sectionnée, il m'a fallu le poursuivre par des cautérisations pratiquées tantôt avec le disque, tantôt avec le couteau du galvanocautère lui-même, ou même du thermo-cautère de Paquelin.

En suivant les règles que je viens d'indiquer, j'ai procédé moi-même, ou participé, par ma présence et par mes conseils, à l'ablation totale ou partielle de plus de vingt-cinq cols utérins cancéreux. Je dis plus de vingt-cinq, sans pouvoir donner un chiffre plus rigoureusement exact, parce que : d'une part quelques-unes de mes observations ayant été publiées dans divers recueils, par d'autres que par moi, sans les noms des malades, je ne suis pas parfaitement sûr qu'elles n'ont pas fait double emploi dans mon relevé; parce que, d'autre part, il est probable, il est même certain, si je m'en rapporte à mes souvenirs, que quelques-unes ont été égarées dans mes cartons, ou même ne m'ont pas été remises par les élèves chargés de les recueillir.

Ce chiffre ne porte du reste que sur les opérations prati-

quées à l'occasion du cancer et il serait certainement plus que doublé si j'y comprenais tous les cas dans lesquels j'ai eu occasion d'enlever des cols utérins, pour d'autres affections que pour le cancer et en particulier pour cause d'allongement hypertrophique, sus ou sous-vaginal.

Je n'y comprends pas davantage les cas beaucoup plus nombreux encore, dans lesquels j'ai cherché à détruire les cols cancéreux par des cautérisations pratiquées soit au moyen du cautère actuel (fer rouge, gaz, thermo-cautère Paquelin, ou cautère électrique), soit au moyen des caustiques chimiques appliqués tant à la surface du cancer que dans son épaisseur, comme les flèches de Canquoin, ou les injections intra-parenchymateuses de caustiques liquides, dont j'ai déjà parlé.

Des vingt-cinq malades sur lesquelles je possède des notes suffisantes pour les comprendre dans un relevé statistique, huit ont été opérées chez elles, à diverses époques, huit à l'Hôtel-Dieu depuis 1881, les autres à la Pitié, antérieurement à cette date.

Dans 3 cas l'opération a été volontairement partielle, c'est-à-dire qu'en l'entreprenant je savais très bien qu'il ne serait pas possible d'enlever la totalité du produit morbide; et cependant je n'ai pas reculé devant cette opération, théoriquement mauvaise, qui consiste à couper en plein tissu cancéreux, parce que, comme l'ont fait M. Verneuil et M. Trélat, je savais qu'en enlevant un champignon cancéreux plus ou moins volumineux je débarrasserais ma malade de quelques-uns des accidents les plus graves, résultant de son affection; tels que les hémorrhagies, les écoulements ichoreux fétides, et parfois les douleurs.

On pourra critiquer cette pratique, mais elle m'a réussi et je suis bien décidé à ne pas y renoncer; car, tout en étant parfaitement certain que, dans ces cas, la repullulation du cancer est fatalement inévitable, il ne me paraît pas indifférent, — alors même que l'on aurait la certitude de ne pas prolonger d'une seule minute les jours de la malade, — il ne me paraît pas indifférent dis-je, de lui procurer tout le soulage-

ment possible, durant ces quelques jours qui lui sont comptés. Or, je ne suis pas sûr qu'on ne prolonge pas ses jours; mais ce dont je suis parfaitement sûr, c'est que, même dans ces cas désespérés, on lui rend la vie moins pénible et on lui redonne un peu d'espoir. C'est ce qui est arrivé pour ces trois malades — qui n'ont pas été guéries, dont deux ont même succombé assez rapidement après l'opération, — mais dont les hémorrhagies et les écoulements ont cédé, sinon complètement disparu, et qui, voyant revenir un instant leurs forces, depuis si longtemps épuisées, ont pu se faire l'illusion d'un retour à la vie.

De ces trois cas je demande la permission de citer le plus grave, dont le manuel opératoire a été le plus compliqué et dans lequel l'amélioration, très prononcée, obtenue a été véritablement significative, quoique la mort ne se soit pas fait longtemps attendre.

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, épuisée par des hémorrhagies incessantes datant de plusieurs mois, et qui, complètement exsangue, était absolument moribonde au moment où elle m'a été amenée à l'Hôtel-Dieu. Son col utérin était remplacé par un énorme champignon cancéreux, du volume du poing, qui remplissait exactement tout le vagin et qu'il était très difficile de contourner pour arriver à reconnaître ses connexions, tant avec le fond du vagin qu'avec le corps de l'utérus. Il n'y avait du reste aucune illusion à se faire relativement à ces connexions, car on trouvait, par la palpation abdominale, au-dessus du pubis, des bosselures, assez accentuées pour prouver que le cancer s'était étendu jusqu'au corps même de la matrice.

Du reste, la tumeur, très fongueuse, se déchirait avec la plus grande facilité sous le doigt et saignait abondamment au plus léger attouchement. On ne pouvait donc songer à l'enlever en totalité; je résolus cependant de chercher à débarrasser la malade de la partie la plus saillante de cette tumeur; celle qui fournissait le sang des hémorrhagies, et, dans leur intervalle l'écoulement ichoreux qui les remplaçait. L'anse galva-

nique, que je plaçai tout d'abord, ne put pas être portée à une température suffisante pour opérer la section, plongée qu'elle était au milieu de liquides dont l'abstersion complète était impossible. Je la remplaçai par une sorte de câble, formé par trois fils de fer solidement tressés entre eux, et j'essayai d'opérer la section au moyen d'un des plus gros serre-nœuds de Maisonneuve.

Le pédicule compris dans l'anse métallique avait près de 5 centimètres de diamètre; au bout de très peu de temps, il offrit une résistance très considérable, et — quoique j'aie procédé très lentement, ne donnant qu'un quart de tour de vis toutes les deux minutes, et que je sois resté plus d'une heure et demie à faire manœuvrer l'instrument, — je vis, la résistance augmentant, les fils se rompre les uns arprès les autres. Il me fallut alors terminer la section commencée, en dirigeant successivement sur mes doigts un bistouri hystérotome, puis des ciseaux courbes, et, finalement, pratiquer de vigoureuses cautérisations au fer rouge sur la surface sectionnée, encore fongueuse et saignante.

On imaginerait difficilement une opération plus laborieuse, et cependant la malade, qui n'avait pas été chloroformée, la supporta parfaitement bien. Les hémorrhagies cessèrent presque aussitôt, les douleurs s'amoindrirent, le sommeil et l'appétit revinrent au bout de quelques jours. L'anémie diminua, la faiblesse fut moins grande, et cette malheureuse femme put non pas seulement pendant quelques jours, mais durant plusieurs semaines, se croire en voie de guérison. Cependant le cancer continuait sa marche envahissante, et, quoique la repullulation fut moins active du côté du vagin, où il s'était formé un nouveau champignon cancéreux, les tumeurs intra-abdominales se développèrent; la mort survint au bout de six semaines environ après l'opération. *A l'autopsie*, nous trouvâmes, comme nous devions nous y attendre, d'énormes masses cancéreuses occupant toute la cavité pelvienne.

Dans ce fait, le plus défavorable de tous ceux à propos desquels j'ai pu me croire autorisé à agir, il n'est pas douteux,

pour moi, non seulement que mon intervention n'a pas été nuisible, mais qu'elle a été même favorable, puisque c'est à elle que nous avons dû ces quelques jours d'accalmie, qui ont pu faire illusion à la malade sur la possibilité d'une guérison prochaine, et cette amélioration passagère, très remarquée de toutes les personnes qui ont assisté à l'opération, en particulier de l'honorable et distingué confrère qui avait confié cette femme à mes soins.

De ces cas de section faite, volontairement et de parti pris, en plein tissu morbide, je dois rapprocher ceux, — infiniment plus nombreux, — dans lesquels la diérèse s'est trouvée fortuitement porter sur le tissu cancéreux, au lieu de le dépasser comme il y avait lieu de le penser, et alors qu'on agissait avec l'espoir d'arriver jusqu'aux parties saines, ce qui aurait permis d'enlever tout le produit pathologique et eût constitué l'idéal recherché dans toute ablation de cancer. Mais il ne faut pas s'imaginer que l'on puisse être toujours absolument sûr de réaliser cet idéal, et je dois dire tout de suite que le nombre des opérations, utilement pratiquées dans ces conditions, se trouverait considérablement restreint, si l'on n'agissait qu'avec la certitude absolue, mathématique, de pouvoir tout enlever. Je cherche à mettre, à ce point de vue, le plus grand nombre de chances favorables de mon côté en n'intervenant — sauf les cas d'opérations partielles et palliatives dont il vient d'être parlé — que quand j'ai lieu de considérer l'altération cancéreuse comme parfaitement limitée au col; quand je sens que les insertions vaginales sont souples et libres, quand je ne rencontre sur le corps de l'utérus aucune de ces bosselures qui permettent de le considérer comme ayant été envahi par le cancer. Si alors, quand il m'a été permis de supposer que le cancer ne dépasserait pas le col, il m'arrive de trouver qu'il monte plus haut et de constater, par l'inspection à l'œil nu, et par l'examen au microscope, que tout n'a pas été enlevé, je m'en console et je ne crois pas avoir fait une mauvaise opération, car si la récidive est plus à redouter qu'après l'ablation totale, on ne doit pas cependant désespérer encore d'une

guérison complète, comme le prouvent certains faits sur lesquels je vais avoir à revenir dans un instant. L'ablation complète ne met, du reste, pas d'une façon absolue à l'abri de la récidive, ce serait trop beau s'il en était ainsi, et le cancer de l'utérus ne se comporterait pas comme ceux des autres parties du corps.

J'ai donc vu la récidive se produire dans treize cas que l'ablation ait été complète ou incomplète ; plus souvent lorsqu'elle n'a pas été complète, et cela se comprend. Dans six cas la récidive est survenue assez rapidement après l'opération et la mort l'a suivie d'assez près, pour qu'il y ait lieu de supposer que le bénéfice de survie en résultant n'a pas été considérable. Je ne sais pas ce que sont devenues les sept autres. Sur les douze que je pourrais être autorisé à considérer comme guéries, un certain nombre, neuf, ont échappé trop tôt à notre surveillance, pour qu'il me soit possible de dire ce qu'elles sont devenues, et si la guérison, qui paraissait assurée au bout de quelques mois, s'est maintenue depuis. On sait assez avec quelle facilité nous pouvons perdre nos opérées de vue, aussi bien et souvent plus encore dans la clientèle privée que dans celle de l'hôpital.

Sans tenir plus de compte qu'il ne convient de ces nomades, je reste donc avec un total d'une dizaine environ de guérisons bien avérées, dont trois confirmées par de nouveaux examens pratiques après dix-huit mois, deux ans et demi et près de quatre ans.

Et, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que ces guérisons portent aussi souvent sur des faits relatifs à des cas où la section n'a pas dépassé les limites des tissus morbides, que sur ceux dans lesquels elle a été complète et parfaite du premier coup.

J'en veux citer un des plus significatifs, qui a été observé avec le plus grand soin, et dont l'authenticité ne laisse rien à désirer, car il s'agit de la femme d'un de nos confrères de Paris.

C'est une femme de 37 ans, ayant eu quatre enfants ; elle me consulta pour la première fois le 14 mai 1882. Je reconnus

un cancer ulcéré de col de l'utérus, qui me parut remonter bien haut et qui devait, *très probablement* selon moi, atteindre le niveau des insertions du vagin, s'il ne le dépassait pas. Cependant le vagin n'était pas pris, et c'est ce qui me décida à conseiller l'ablation de la partie affectée, ce qui fut accepté avec enthousiasme par la malade, ainsi que par son mari.

J'ignorais alors, ce que j'ai appris depuis, qu'on avait consulté avant moi d'abord Depaul, puis deux autres de nos collègues des hôpitaux, et, en dernier lieu, un chirurgien dont la compétence est des mieux établie; et que tous ces praticiens distingués, ayant reconnu comme moi l'existence du cancer, s'étaient bornés à des prescriptions insignifiantes, déclarant qu'il était *trop tard* pour rien tenter de sérieux et surtout de radical. Je différais d'eux sur un seul point, c'est que, tout en trouvant qu'il était *bien tard*, je n'admettais pas qu'il fût trop tard, et je ne reculais pas devant l'opération qui les avait effrayés.

Cette simple nuance était beaucoup; c'était tout pour la patiente, femme fort intelligente et fort résolue; c'était l'espérance après le désespoir, c'était au moins une lueur de salut qu'elle ne voulait pas laisser échapper; aussi me pressa-t-elle de ne pas perdre de temps. — Je fis l'opération le 20 mai, au moyen de l'anse galvanique; j'étais aidé par le Dr Leblond. Il me parut de suite que je n'avais pas enlevé tout le tissu cancéreux, et, sans désemparer, je cherchai immédiatement à remonter plus loin, en creusant dans l'épaisseur même du parenchyme utérin, avec le couteau rougi par le courant galvanique.

Mes prévisions furent confirmées par l'examen anatomique, qui fut confié à un histologiste fort distingué, M. Richardière. Il reconnut la nature cancéreuse de la tumeur, qui n'avait jamais fait doute pour personne, et il put établir que la section portait en plein tissu épithélial, dont une portion notable devait se prolonger au delà de la partie enlevée. Cette constatation devait nous inspirer des craintes, que je ne voulus pas communiquer de suite au mari, tout en lui laissant entrevoir

la possibilité, la probabilité même, d'une rechute à une échéance plus ou moins prochaine. Cependant tout alla bien; les suites de l'opération furent des plus simples, et je fus obligé d'user de toute mon autorité pour obtenir un séjour au lit de quelques semaines. — Mais il revint bientôt un peu d'écoulement sanguinolent, et, à l'examen au spéculum, je découvris un petit bourgeon du volume d'une forte groseille; je le cautérisai, le 20 juillet, avec l'acide chromique. Après cela, notre opérée alla passer la fin de la belle saison au bord de la mer.

Au retour, il y avait encore un peu d'écoulement leucorrhéique, avec réapparition du bourgeonnement suspect, et je dus faire, le 20 octobre, une nouvelle cautérisation plus énergique, pratiquée cette fois avec le thermocautère. Ce fut tout.

J'ai depuis examiné mon ancienne malade à différentes reprises et j'ai toujours trouvé son col parfaitement sain, ne présentant ni ulcération, ni végétation suspecte; il est d'une coloration moins rosée qu'à l'état normal, un peu blanchâtre, nacrée, ayant en un mot l'aspect du tissu cicatriciel. L'état général est excellent; la malade, pleine d'entrain, vaque, sans la moindre gêne, à ses occupations de bonne ménagère; elle jouit d'un excellent appétit, dont elle a pu profiter pour acquérir de l'embonpoint et augmenter de 20 kilog. depuis son opération, laquelle date aujourd'hui de plus de deux ans.

Que faut-il de plus pour faire admettre la guérison radicale et complète, dans un cas éminement défavorable et qui a pu même être considéré comme absolument désespéré? Ce cas fût-il unique suffirait à démontrer que, contrairement à l'opinion genéralement admise, l'opération non seulement n'est pas nuisible, mais peut être encore considérée comme curative alors même qu'elle n'a pas permis d'enlever toutes les parties malades, et que la section a été faite au milieu du produit morbide, comme cela résulte de l'examen histologique.

Je ne vais pas cependant jusqu'à dire, avec Byrne (1) :

(1) J. Byrne. *Amputation et excision du col utérin.* (Trad. par Cordes.) *Annales de gynécologie*, 1878.

« L'influence modificatrice, peut-être un pouvoir destructeur des dépôts morbides, n'est pas limitée à la surface sur laquelle a porté le fil ou l'agent cautérisateur ; elle s'étend aux tissus sous-jacents et même beaucoup au delà, peut-être. » Mais je constate, avec lui, que la récidive sur place, si fréquente et si rapide à la suite des opérations pratiquées avec l'instrument tranchant, l'est infiniment moins à la suite de celles pour lesquelles on s'est servi de l'anse galvanique ou du thermocautère.

L'observation que je viens de rapporter n'est pas le seul cas de ce genre que je possède; assez souvent j'ai dû, soit enlever par la section pratiquée avec l'instrument tranchant, avec le couteau galvanique ou le couteau du thermo-cautère; soit détruire par des cautérisations profondes et pratiquées plus ou moins longtemps après l'opération principale, des portions de tissu cancéreux qui m'avaient d'abord échappé ou qui menaçaient de repulluler, comme chez la dame dont je viens de raconter l'histoire. Ceci vient de m'arriver encore tout dernièrement, chez une femme que j'ai opérée le 11 juin 1884 à l'Hôtel-Dieu, et que je dois considérer comme étant en bonne voie de guérison. Au moment de sa sortie, le 26 juin, j'ai constaté que la cicatrisation, — qui avait parfaitement marché jusque-là, — paraissait s'arrêter, et que, dans un coin, se produisait un bourgeonnement de mauvais aspect; je n'ai pas hésité à cautériser vigoureusement ce point menaçant, et j'ai recommandé au confrère qui est chargé de veiller sur la santé de cette femme, en province, de renouveler résolument ces cautérisations, aussi souvent et aussi énergiquement que besoin sera.

Les faits de cette nature nous montrent donc, et je ne saurais trop insister sur ce point, que, si la section en plein tissu morbide n'est pas à désirer, elle ne constitue ni un danger, ni une aggravation de la maladie, comme paraissent le craindre ceux que révolte l'idée d'une opération incomplète. On vient de voir la guérison survenir même dans ces cas fâcheux, mais à la condition qu'une intervention ultérieure ait com-

plété l'opération — qui avait été d'abord seulement ébauchée — et réalisé la destruction complète du cancer. Mais en voici un autre bien plus curieux encore, en ce sens que la section ayant été faite dans le tissu morbide, la cicatrisation de cette plaie, pratiquée au milieu du cancer, s'est opérée rapidement, dans de bonnes conditions, tandis que la repullulation se faisait dans le corps de l'utérus, au-dessus de la plaie opératoire, parfaitement cicatrisée et tout à fait fermée.

Une femme de 43 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 18 octobre 1883, et couchée au n° 18 de la salle Sainte-Marie, a été opérée par moi le 23 novembre de la même année, de la façon et dans des conditions indiquées dans un article que mon interne M. Raymond Durand-Fardel a publié dans la *Gazette des hôpitaux* (numéro du 13 février 1884). Je n'avais pas enlevé la totalité du cancer, et, cependant, trois semaines après, le 13 décembre, la plaie de l'opération était déjà en bonne voie de réparation ; elle se montrait, au spéculum, d'une couleur rosée, avec un enfoncement un peu anfractueux, creusé vers la partie médiane, et elle finissait par se cicatriser, si bien qu'on n'y voyait plus ni bourgeonnement, ni ulcération, lorsque la malade se décida à quitter l'hôpital, vers la fin de l'année. Mais elle ne tarda pas à y revenir, sans que cependant il se fût produit de nouvelle altération du côté de son col utérin, qui demeurait parfaitement cicatrisé et indemne de toute repullulation du cancer. Seulement, cette repullulation s'était faite du côté du corps, et je trouvai au-dessus de l'arcade pubienne, du côté gauche, une tumeur arrondie adhérente à la matrice ; tumeur qui n'existait certainement pas à l'époque du premier séjour de cette femme à l'hôpital. Cette tumeur se développa graduellement, et, quelque temps après être sortie de l'Hôtel-Dieu, notre malade alla réclamer son admission à l'hôpital Pascal, dans le service de M. Pozzi, où, le 14 février 1884, elle fut trouvée dans l'état suivant :

« Le col de l'utérus n'existe pas ; à sa place, on trouve une surface légèrement granuleuse, ne dépassant pas le niveau des parois du vagin. La muqueuse vaginale est saine. Dans les

culs-de-sac latéraux, on perçoit, surtout à droite, une masse dure, immobile. L'examen par le spéculum montre une surface ulcérée, granuleuse et saignant facilement; son volume dépasse un peu celui d'une pièce de deux francs. Par le palper abdominal, on constate, sur la partie médiane du ventre, une tumeur dure, immobile, douloureuse à la pression. Elle remonte supérieurement jusqu'à l'ombilic; sa largeur est d'environ 10 centimètres. C'est le corps de l'utérus qui a subi la dégénérescence épithéliale. La malade raconte qu'elle a remarqué l'existence de cette grosseur peu après l'opération qu'elle a subi, et que, depuis cette époque, elle s'est développée progressivement. Elle souffre d'une pesanteur douloureuse dans le bas-ventre et de douleur vive revenant par accès le soir et s'irradiant dans tout le ventre et les reins.

Par le vagin il s'écoule, en petite quantité, un liquide blanchâtre, quelquefois rosé, peu odorant.

Léger œdème des membres inférieurs.

La peau est sèche, blanc jaunâtre.

Léger mouvement fébrile le soir.

L'appétit est presque nul et les aliments sont souvent rejetés par vomissements. Muguet.

Sous l'influence du régime lacté, son état général s'améliore et, le 30 mars, elle sort pour aller à la campagne. »

Je n'ai vu, après mes opérations, d'autre accident sérieux que des hémorrhagies consécutives, survenues dans trois cas, dans des conditions semblables à celles qui ont été signalées par plusieurs observateurs, et qui n'ont jamais eu la moindre gravité.

Au nombre, je ne dirai pas des accidents, mais des complications que j'ai eu occasion d'observer, je dois citer un cas dans lequel l'utérus était en même temps cancéreux et gravide; — cela se voit quelquefois; — mais dans ce cas la grossesse était assez peu avancée pour avoir complètement échappé, car elle ne datait pas de plus de six semaines au moment de l'opé-

ration, et l'accroissement de volume de l'utérus, qui avait été constaté, pouvait parfaitement être attribué à la présence du cancer. Ce cas est un de ceux dans lesquels il y a eu repullulation du cancer, et l'avortement d'un fœtus de 3 mois environ. qui eut lieu six semaines après l'opération, doit être attribué au moins autant, sinon plus, à la marche envahissante de la maladie qu'au traumatisme exercé par l'opération. Dans ce fait, la constitution histologique du tissu cancéreux avait une structure toute spéciale, qui dépendait peut-être des modifications apportées par l'état de grossesse. On trouva, en effet, que : « au niveau de la surface de section, certains points étaient constitués par le tissu de l'utérus intact et que, dans l'intervalle, on voyait un tissu malade qui, comme cela s'observe si souvent dans les lèvres et dans la langue, se prolongeait sous forme de traînées dans les parties saines, en apparence. »

Les suites immédiates de l'opération ont généralement consisté en un peu de douleur et de tension du bas-ventre, sans grande réaction fébrile, et qui ont été bien vite calmées par des embrocations huileuses, ou des cataplasmes laudanisés. Il y a eu parfois de la rétention d'urine, ou plutôt de la difficulté à uriner, qui a obligé à pratiquer le cathétérisme de la vessie, une ou deux fois, pendant les premiers jours; et c'est tout. Il me paraît néanmoins utile d'insister pour que le repos au lit soit gardé pendant au moins trois semaines, durant lesquelles je me dispense de faire aucun examen en vue de rechercher l'état des parties, et surtout d'appliquer le spéculum. La mort n'a jamais été hâtée par l'opération, même dans les cas les plus défavorables.

En résumé, le cancer de l'utérus doit, — comme celui de toutes les autres parties du corps, qui sont accessibles à l'action chirurgicale, et avec les mêmes chances de réussite, — être traité par l'ablation de la partie malade.

L'application de l'anse galvanocaustique, toutes les fois qu'elle est possible, est de beaucoup la meilleure manière de pratiquer cette ablation.

Elle permet d'obtenir une guérison définitive et durable, quand elle est faite dans des conditions telles que toute la partie malade soit enlevée.

Elle est utile, même lorsque la section ne dépasse pas complètement toutes les parties envahies; — soit qu'elle permette d'arriver à des améliorations longtemps persistantes, et même à une guérison complète, lorsqu'il est possible de détruire par des cautérisations ultérieures la portion du produit morbide qui n'a pas été enlevée, — soit que, dans des cas plus défavorables encore, elle ne serve qu'à ralentir la marche envahissante du cancer et ne produise qu'une amélioration tout à fait passagère. Elle soulage alors au moins momentanément la malade en supprimant pendant un certain temps les hémorrhagies et les autres sécrétions pathologiques qui l'épuisent.

ETUDE NOUVELLE SUR LA PÉRINÉORRHAPHIE,

Par le Dr Leriche (de Mâcon),

Lauréat de la Faculté de Paris, ancien prosecteur à l'Ecole de Lyon, médecin en chef de l'Asile départemental de Saône-et-Loire.

M. Delore, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon, professeur à la Faculté de médecine, a publié dans les *Annales de Gynécologie* (n° d'avril 1876) un nouveau procédé de périnéorrhaphie, qui a pour but de multiplier les contacts sans augmenter le traumatisme.

On taille sur la muqueuse vulvo-vaginale deux lambeaux triangulaires, qui se touchent sur le milieu de l'éperon par un de leurs angles, et dont le sommet, libre, regarde en dehors, tandis que leur base est tournée en dedans, où elle reste adhérente au vagin; ces deux lambeaux sont disséqués et relevés; puis leurs surfaces saignantes sont accolées l'une à l'autre sur la ligne médiane, au moyen d'une suture dite *en étage :* les surfaces cruentées sur lesquelles on a pris les lambeaux sont affrontées à leur tour par une suture profonde en-

chevillée. On obtient ainsi, outre une crête très prononcée sur la paroi postérieure du vagin, un raphé périnéal saillant sur lequel on place, en terminant, une série de sutures superficielles.

Cette opération avait été, en décembre 1876, pratiquée trois fois, toujours avec un succès complet; à cette époque même, une des opérées venait d'accoucher sans rupture nouvelle, grâce à l'emploi du débridement latéral de la vulve à la fin du travail.

J'ai exécuté moi-même une quatrième opération, également suivie de succès ; et la méthode me paraît destinée à rendre des services assez importants pour que je me sois efforcé d'en donner une description plus détaillée et des figures plus exactes que celles qui ont été consignées dans les *Annales de Gynécologie*; j'ai relaté enfin les aventures de ma malade dans deux accouchements consécutifs, accomplis malheureusement sans mon intervention.

OBSERVATION (1).

Déchirure complète du périnée, opérée au bout de quatre mois par le procédé de Delore; guérison parfaite en trois semaines environ, malgré un éclatement partiel de la suture sous l'effort des gaz intestinaux.

Mme X..., âgée de 24 ans, primipare, d'une complexion délicate, très nerveuse et sujette à la leucorrhée, a été accouchée par un de mes confrères le 15 août 1876, au moyen d'une application de forceps à la vulve. — Déchirure complète du périnée.

Consulté en octobre, j'ajournai l'opération jusqu'à l'expiration du troisième mois; mais, les règles n'étant qu'imparfaitement rétablies, j'attendis, en prescrivant un traitement approprié, jusqu'au mois de février, où le sang parut assez franchement le 10 pour cesser le 17.

Etat des parties. — Dechirure complète, qui, d'abord assez profonde, nous dit-on, a été réduite par la cicatrisation à une échan-

(1) Cette première partie de l'observation, avec les réflexions qui l'accompagnent, a été présentée par M. Verneuil à la Société de chirurgie, en décembre 1877.

crure pénétrant dans la cloison à environ 1 centimètre 1/2 de profondeur, à partir d'une ligne idéale qui unirait les bases des deux grandes lèvres. La cicatrice forme, au fond de l'échancrure, un éperon mince, comme tranchant ; sur les côtés, elle est rectiligne à droite ; mais à gauche elle forme, après un premier trajet direct en dehors, un angle brusque en arrière, en circonscrivant la muqueuse rectale (fig. 1).

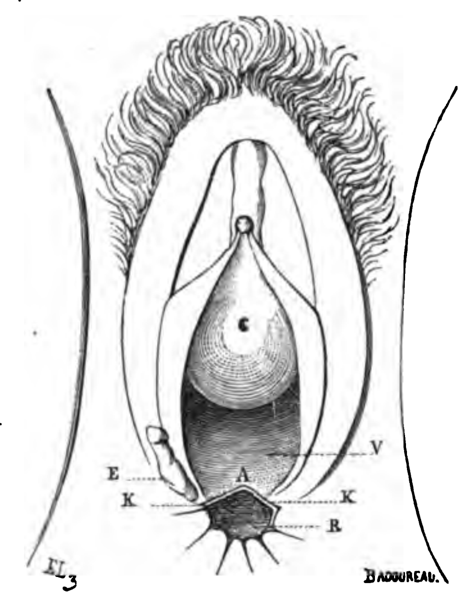


FIGURE 1. — *Aspect des parties avant l'opération.*

Le sphincter est complètement divisé, et, quand on fait exécuter à la malade le mouvement de resserrement de l'anus, on voit le pourtour de cet orifice se froncer dans sa moitié postérieure, en arrière de la cicatrice dont il tiraille les extrémités.

A droite, à l'entrée du vagin et au-dessus de la cicatrice, se trouve une végétation en forme de crête oblongue, située et dirigée dans le prolongement de l'extrémité de la petite lèvre, dans une étendue d'environ 2 centimètres.

Grâce à une constipation calculée, pas d'incontinence fécale à l'état ordinaire, bien qu'il y ait eu une fois une surprise dans un jour de diarrhée.

Incontinence des gaz. — Abaissement de l'utérus se prononçant dès qu'on marche un peu trop, et ayant produit même un jour un léger prolapsus qui empêchait la malade de s'asseoir.

Opération (pratiquée le 20 janvier, à huit heures du matin, avec l'assistance des Drs Perrusset, Aubert et Jambon). — La malade a pris, la veille au soir, 1 gramme de rhubarbe, et, le matin, un lavement; ces moyens réunis ont amené une selle. — Anesthésie par l'éther.

Le spéculum est inutile pour opérer : deux aides tenant la vulve ouverte chacun avec un doigt, l'opérateur introduit l'extrémité de son index gauche dans le rectum, de façon à tendre le liséré cicatriciel.

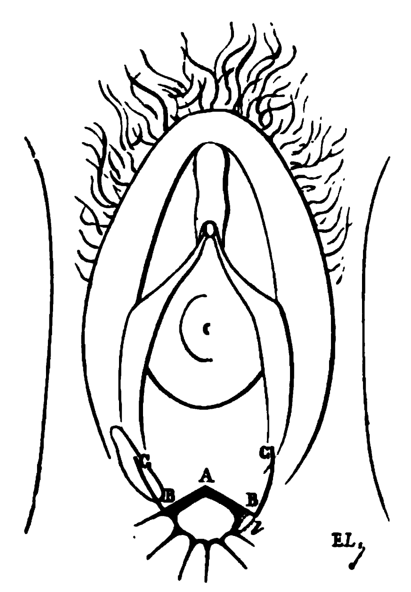


FIGURE 2. — *Tracé des lambeaux.*

PREMIER TEMPS. — *Formation des lambeaux.* — Une incision, partant de l'éperon et suivant exactement la cicatrice de chaque côté jusqu'à ses extrémités, forme le bord anal des lambeaux (fig. 2, AB, AB). Deux incisions, à peu près perpendiculaires aux deux branches de la précédente, et courant de chaque extrémité de la cicatrice à la terminaison de la petite lèvre correspondante, achèvent de circonscrire, par leur côté vulvaire (BC, BC), deux lambeaux triangulaires

que je dissèque jusqu'à leur base restée adhérente au vagin (1). Afin de faciliter la mobilisation et l'affrontement des lambeaux, je prolonge la dissection sur l'éperon, que je dédouble dans une hauteur de 1/2 centimètre environ (fig. 3). De cette façon, en même temps que mes lambeaux que j'accolerai tout à l'heure, j'obtiens de chaque côté, sur la face interne des fesses, une large surface avivée.

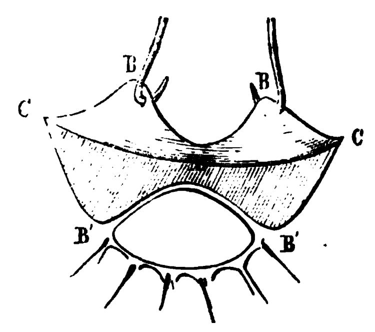


Figure 3. — *Dissection des lambeaux et dédoublement de l'éperon.*

Deuxième temps. — *Suture vaginale.* — Quatre fils métalliques, placés sur le bord vaginal des lambeaux, unissent les triangles mobiles sur la ligne médiane ; à ces fils sont laissés de longs bouts, confiés à un aide qui les tire en haut et tient ainsi les lambeaux relevés en saillie dans le vagin, de manière à former à cet organe une colonne postérieure (fig. 4, AB).

Troisième temps. — *Suture d'accolement.* — (J'ai eu le tort de rejeter ce temps après le suivant, ce qui m'a gêné notablement.) Il s'agissait d'assurer le contact intime des lambeaux dans toute leur étendue au moyen de deux ou trois points de piquage (fig. 4, PP.); n'ayant plus assez de place pour manœuvrer, je ne pus établir qu'un de ces points.

---

(1) A droite, je m'arrangeai pour que l'incision vulvaire passât par la base de la végétation, que je pus de la sorte exciser sans faire de plaie nouvelle. A gauche, l'irrégularité de la cicatrice, que je suivis exactement dans l'incision vaginale, donna nécessairement une forme irrégulière à mon lambeau et à la surface d'avivement; je régularisai ensuite le lambeau avec un simple coup de ciseaux (voir fig. 2, *l*), et la surface d'avivement à l'aide du bistouri, de manière à en faire deux triangles parfaits.

Une aiguille ordinaire, entrée sur le milieu de la face externe du lambeau gauche, ressortit sur la face externe du lambeau droit, puis reperça ce même lambeau à 2 ou 3 millimètres plus en arrière, pour ressortir sur le gauche où ses deux bouts furent tordus et laissés longs.

(Cette façon d'accoler les lambeaux par deux sutures, l'une superficielle, l'autre en piquage ou en volet, constitue la suture *en étage*, déjà conseillée par M. Delore dans l'uréthroplastie).

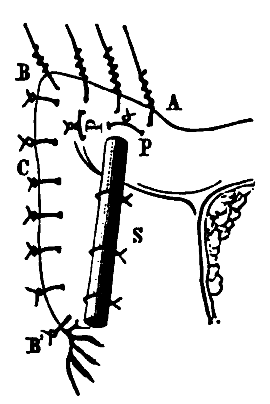


FIGURE 4. — *Accolement des lambeaux et suture* (vue de profil).

ABC, suture formée par l'accolement des lambeaux.
CB' suture formée par l'accolement des surfaces cruentées.
BA, reconstitution de la colonne vaginale postérieure.
BCB', reconstitution du raphé.
S, suture périnéale profonde (enchevillée).
PP', points de piquage unissant les lambeaux.

QUATRIÈME TEMPS. — *Suture périnéale.* — Avec la petite aiguille courbe à manche que M. Mariaud construit pour l'ovariotomie, je plaçai trois gros fils métalliques doubles, dont les bouts traversaient de chaque côté la peau des fesses à environ 15 ou 20 millimètres des surfaces avivées, et dont les anses médianes pénétraient dans la profondeur des muscles jusqu'au voisinage de la muqueuse rectale, qui fut respectée

Les extrémités de ces fils furent serrées sur des bouts de sondes (suture enchevillée) (fig. 4, S).

Le premier fil passait au niveau de l'angle de séparation de chaque lambeau avec la surface qui l'avait fourni, et le dernier affrontait avec

soin les deux extrémités du sphincter, c'est-à-dire du demi-cercle contractile qui circonscrivait l'anus en arrière.

J'établis ensuite sept points de suture superficielle entrecoupée, pour affronter la peau du périnée d'abord et à sa suite le bord vulvaire des lambeaux, formant ainsi un raphé saillant (fig. 4, BCB), étendu de l'anus à la colonne postérieure du vagin précédemment reformée

Les fils périnéaux furent coupés ras; les fils vaginaux conservèrent tous de longs bouts, qu'on réunit hors de la vulve en un faisceau entouré de diachylon.

L'opération aurait pu être exécutée en un temps assez court; mais l'anesthésie n'ayant pu être maintenue d'une façon aussi régulière que je l'aurais désiré, l'agitation du sujet (que je tenais à opérer sans douleur) me força à de nombreux temps d'arrêt; ce qui porta à plus d'une heure la durée de l'acte opératoire.

La malade ayant eu plusieurs vomissements pendant l'anesthésie, je fis, à l'exemple de M. Huë, une injection hypodermique de morphine que je limitai à 1 centigramme, dose selon moi suffisante dans la majorité des cas. On sonda l'opérée et on la mit au lit en decubitus dorsal, après avoir fixé, par un bandage en T, un linge glycériné sur la plaie, et avoir lié les deux genoux qu'on tint soulevés par un coussin.

Journée calme. Nausées sans vomissements. Léger potage dans la soirée.

A sept heures du soir, cathétérisme suivi d'une irrigation tiède. Une pilule d'opium à 1 centigramme.

Résultats consécutifs. — 21 janvier (2e jour). — La malade est un peu abattue. En raison de son excitabilité nerveuse, l'idée de la contrainte qui lui est imposée (on l'a prévenue qu'elle ne devait pas aller à la selle pendant dix jours) suffit pour lui faire éprouver aux sutures une tension douloureuse. Trois cathétérismes, après chacun desquels on fait une irrigation tiède et l'on change la position de la malade; 1 centigramme d'extrait d'opium matin et soir.

Le 22 (3e jour). — Trois cathétérismes, deux pilules d'opium. Dans la journée, la malade m'annonce qu'elle a senti des gaz sortir par la vulve. Dans la crainte que les extrémités des chevilles ne compriment trop l'orifice anal, je les coupe aussi court que possible. J'essaie en vain de placer dans l'anus une grosse sonde, qui, vu la résistance de la patiente, n'y pourrait pénétrer sans violence. Il y a le

soir beaucoup d'agitation nerveuse ; injection hypodermique avec 1 centigramme de morphine.

Le 23 (4e jour).—Un cathétérisme le matin. Mais, bien que la sonde soit molle, son introduction a toujours été difficilement supportée ; la malade dit avoir des envies fréquentes d'uriner, ce qu'elle fait dans la journée sans attendre un deuxième sondage. On renonce au cathétérisme ; mais on recommande, après chaque miction, de faire sur le périnée et dans le vagin des injections de thé aromatisé avec de l'eau de Cologne. Tisane de graines de courge, 1 centigramme d'opium matin et soir.

Le 24 (5e jour). — Le fil inférieur de la suture enchevillée paraissant couper et déterminer un peu de suppuration, on le retire.

Le 26 (7e jour). — Enlèvement du fil enchevillé supérieur.

Le 27 (8e jour). — Ablation du point moyen de suture enchevillée et du fil superficiel le plus inférieur, qui a coupé les tissus.

Le 28 (9e jour). — Jusqu'ici il n'y a pas eu de selle. On s'est efforcé, dès le lendemain de l'opération, de soutenir l'alimentation, en la limitant autant que possible aux aliments suivants : viande crue ou grillée, œufs, pommes de terre. On administre le soir un lavement d'huile d'olives, sans résultat.

Le 29 (10e jour). — Le matin, 30 grammes d'huile de ricin par la bouche, et plusieurs lavements d'huile d'olives. Il se produit plusieurs selles liquides, passant en partie par le vagin.

Le 30 (11e jour). — On enlève quatre fils périnéaux superficiels, qu'on remplace par un morceau de linge collodionné.

Le 4 février (16e jour). — Depuis cinq jours on n'a pas provoqué de nouvelles selles, afin de favoriser la cicatrisation de la fistule recto-vaginale. La malade se plaint de maux d'estomac et ne veut plus manger. 50 centigrammes de rhubarbe sans effet.

Le 5 (17e jour). — Rhubarbe, 1 gramme, et lavement simple. Deux selles liquides, passant un peu par le vagin. Pendant le reste du jour et le lendemain, les gaz suivent exclusivement la voie naturelle.

Le 7. — Un lavement est gardé un certain temps, puis rendu sans passer par la fistule, que les gaz traversent cependant encore. Depuis lors, rhubarbe tous les deux jours sans lavements ; désormais les matières ne passent plus par la fistule.

Le 9. Examen vaginal avec la plus petite valve de Sims : deux fils vaginaux, les plus postérieurs, ont lâché et flottent dans le vagin,

retenus par leur extrémité antérieure dans le faisceau commun. On les enlève ; pendant ces manœuvres, la malade pousse des cris, et, sous l'influence de ses efforts, nous voyons une explosion de gaz se faire à travers une couche de mucus leucorrhéique qui voile la fistule.

Le 11 (22e jour). — Des gaz traversent la fistule pour la dernière fois.

Le 12. — Apparition des règles (le sang marque faiblement).

Le 16. — Les menstrues arrêtées, on réapplique la valve de Sims; on enlève les trois derniers fils vaginaux (dont un fragment reste engagé dans les tissus) et un dernier fil périnéal superficiel.

Le 17. — Nouvelle apparition des règles plus franches cette fois et durant jusqu'au 23 février inclusivement.

Le 20. — Examen avec le spéculum Sims, en présence du Dr Perrusset : crête légèrement végétante au niveau de la suture vaginale; on enlève le fragment de fil qui est resté la dernière fois. Impossible de retrouver la fistule recto-vaginale, qui, du reste, n'est accusée par aucun trouble fonctionnel depuis quinze jours. Le périnée est très solide. La défécation s'exécute sans douleurs, et le sphincter paraît très bien fonctionner.

Le résultat ne s'est pas démenti depuis neuf mois (15 novembre 1877).

Réflexions.

La première conclusion à tirer de ce qui précède est la confirmation de ce grand principe, qu'on ne doit pas, dans une opération d'anaplastie, lorsque la réunion immédiate a manqué sur un point, désespérer de la réunion secondaire (1); celle-ci est, du reste, particulièrement favo-

(1) Dans une opération de périnéorrhaphie par un autre procédé, notre ami M. Daniel Mollière, major désigné de l'hôtel-Dieu de Lyon, a laissé impunément en place, pendant un mois, les fils métalliques de la suture vaginale (*Lyon médical*, 1876, p. 307). Trop souvent, d'ailleurs, on perd de vue la remarquable observation de Dupuytren, qui, un mois après avoir recousu le périnée d'une jeune fille, abandonna la malade en pleine suppuration, et la retrouva trois ou quatre ans plus tard complètement guérie, grâce à ce qu'elle avait laissé les fils en place (*Gaz. méd.*, 1832).

risée dans la suture en étage : car, si un rang de points a manqué, l'autre peut encore maintenir les tissus suffisamment rapprochés pour que le succès de l'opération ne soit pas compromis. Au contraire, avec une suture à un seul rang, comme dans le procédé d'Emmet, tout est perdu si cette suture vient à lâcher : aussi M. Huë (de Rouen), l'habile promoteur de cette dernière méthode en France, a-t-il cru devoir, pour un accident semblable à celui qui est arrivé chez notre opérée, enlever immédiatement les fils, et procéder plus tard à une nouvelle opération pour combler la fistule recto-vaginale (1).

A ce sujet, nous rappellerons l'objection faite autrefois à la suture américaine pour la fistule vésico-vaginale : d'après M. Duboué (de Pau), un fil glissé sous la surface d'avivement, de manière à la contourner, ne tarde pas à couper, par le milieu de son anse, les tissus trop friables pour lui résister, et dès lors devient libre entre les surfaces d'avivement, laissant derrière lui un espace vide où l'accolement n'est pas maintenu (2).

Le procédé de M. Deroubaix serait, pour les sutures profondes, passible des mêmes objections.

Pour nous, qui ne connaissions l'opération de M. Delore que par un travail succinct et une communication verbale de l'auteur, sans l'avoir vu pratiquer, nous avons eu le tort de ne pas placer, avant les fils enchevillés, notre suture de piquage : l'ayant, par erreur, réservée pour la fin, nous n'avons plus eu assez de place pour agir commodément, et nous avons dû la réduire à un seul point au lieu de deux ou trois; encore eût-elle été probablement suffisante si l'impétuosité des gaz intestinaux avait été moindre.

Quant aux autres avantages du procédé, nous remarquerons qu'il donne mieux que tout autre dans le vagin la crête re-

---

(1) Voy. *Arch. de tocol.*, juin et octobre 1876.

(2) Voy. *Mém. de la Soc. de chir.*, 1865, et Wieland et Dubrisay, Notes de la traduction de Churchill (*Maladies des femmes*).

cherchée par Demarquay, par M. Richet, et destinée à faire émerger la suture au-dessus des mucosités qui souillent ordinairement la paroi postérieure de l'organe et pourraient provoquer la suppuration. En outre, par la production des lambeaux (que leur forme et l'épaisseur qu'on leur peut donner placent dans les meilleures conditions de vitalité), on obtient de larges surfaces cruentées, d'un affrontement remarquablement facile : c'est dire qu'on n'aura jamais besoin des incisions libératrices justement combattues par M. Verneuil. Comme ce dernier, du reste, nous respectons rigoureusement la muqueuse rectale, et, comme les Américains, nous nous efforçons de rapprocher exactement les deux extrémités du sphincter, dont on peut facilement discerner les limites en faisant exécuter au sujet quelques mouvements de resserrement de l'anus.

Nous noterons que M. Verneuil, M. Delore et nous, avons été plus heureux que M. Emmet, qui n'a pu toujours éviter l'incontinence rectale, non seulement pour les gaz, mais même pour les liquides; mais M. Verneuil a eu à regretter la perte d'une opérée et un résultat imparfait (épicanthis anale) sur ses 5 premières malades, tandis que la méthode par nous préconisée offre jusqu'ici 4 succès complets sur 4 opérations.

Il serait assurément téméraire de se flatter qu'il en sera toujours ainsi; mais du moins, quand une circonstance imprévue viendra produire le premier échec, nous espérons retrouver encore à la méthode un autre avantage dans ce fait, que, l'avivement pouvant se faire sans perte de substance, les conditions ne seront pas, au moment de la seconde intervention, sensiblement plus défavorables que pour la première.

Il est enfin, pour toutes les opérations de périnéorrhaphie, un détail important que nous ne voulons pas passer sous silence. Bien qu'on ait eu à se louer souvent d'avoir entretenu la constipation absolue pendant une assez longue période, plusieurs chirurgiens, depuis Dieffenbach jusqu'à M. Desormeaux, ont adopté une pratique contraire. Loin de croire, avec M. Emmet, que le passage des gaz est un effet et non une

cause de la fistule recto-vaginale, nous croyons avoir observé de la façon la plus nette l'influence de la tension gazeuse sur l'éclatement de la suture; et le tube rectal conseillé par Sims et par M. Tillaux a été, malgré nos tentatives, tout à fait inapplicable dans ce cas, vu l'impressionabilité de notre malade. Nous croyons que, chez de pareils sujets, il serait préférable de ne pas forcer la constipation; mais, tout en essayant peut-être de l'obtenir d'abord, il faudrait y renoncer dès que l'accumulation des gaz deviendrait menaçante, et favoriser les selles par des laxatifs et des lavements, quel que fût le nombre de jours écoulés depuis l'opération : on a vu que la production régulière des selles tous les deux jours environ n'avait pas empêché la cicatrisation de la fistule recto-vaginale.

Suite de l'observation.

Deuxième accouchement deux ans après l'opération ; absence de débridement ; nouvelle déchirure du périnée ; suture au cinquième jour ; résultat partiel. Troisième accouchement un an plus tard ; débridement insuffisant, nouvelle déchirure, sutures répétées ; résultat définitif excellent au point de vue fonctionnel, malgré une fistule imperceptible.

J'avais perdu de vue ma malade et m'étais contenté d'indiquer la nécessité de précautions opératoires à prendre, en cas de nouvel accouchement, pour éviter la rupture du périnée, quand elle accoucha le 10 novembre 1878, à neuf heures du matin, sans m'avoir fait prévenir, sous le prétexte bizarre que j'étais trop jeune pour l'accoucher !

Le médecin respectable qui était présent ne fit pas de débridement, et la déchirure se reproduisit; on cacha d'abord l'événement à la malade, qui, s'en étant aperçue elle-même le quatrième jour, m'envoya demander. Je l'examinai le soir, et constatai une rupture complète, remontant à 25 millimètres environ sur la cloison recto-vaginale, en s'étendant à gauche de la cicatrice précédente, qu'elle longeait en arrière et dont elle était séparée un peu en avant par une bandelette de tissus violacés et turgescents.

L'accouchement, qui avait été précédé de diarrhée, ayant été suivi d'une constipation constante, nous faisons administrer un lavement huileux qui reste sans résultat. Nous remettons alors l'opération au

lendemain, après avoir prescrit pour la nuit 30 grammes d'huile de ricin, qui donnent sur le matin une évacuation abondante.

Opération le 14 novembre (5e jour). — En raison de la flaccidité des tissus, je renonce à tailler les lambeaux, et me contente de rapprocher les surfaces déchirées par l'accouchement, après avoir excisé à gauche, le long de l'ancienne cicatrice, une partie sphacélée de 2 centimètres carrés, et fait un peu d'avivement sur l'éperon vagino-rectal. Je place quatre fils fins dans le vagin, et trois plus forts sur le périnée; l'un d'eux rapproche exactement les deux extrémités du sphincter.

L'opération a été très bien supportée sans anesthésie : la suture cutanée a seule été un peu douloureuse.

Journée bonne. — Un peu de fièvre, qui paraît plutôt liée au gonflement des seins qu'à l'opération. Une cuillerée à soupe d'huile de ricin le soir.

Le 15. — Pas de selle. La malade croit avoir senti passer une fois des gaz par la suture. Pas de fièvre, bifteck.

Les jours suivants, on administre sans résultat de l'huile de ricin, puis de la magnésie; le 19, débâcle de matières très liquides qui passent à travers la suture vaginale.

Les deux jours suivants, selles naturelles sans accident. Le 22, constipation.

Le 23. — Huile de ricin. Les matières, quoique plus consistantes, que la dernière fois, passent à travers la plaie du vagin.

Le 24. — Examen. Les deux fils les plus profonds du vagin ont lâché, laissant une fistule béante ; on enlève un de ces fils.

Les jours suivants, liberté du ventre entretenue par l'huile de ricin; les matières passent toutes par l'anus.

Le 28. — Ablation du fil sphinctérien; la suture tient à ce niveau.

3 décembre. — Les matières passent de nouveau par la fistule. L'huile de ricin ramenant chaque fois des pertes rouges, on la remplace par la magnésie.

Le 6, on enlève les deux derniers fils péritonéaux ; la cicatrice est solide à leur niveau; mais la peau a végété entre les fils, des deux côtés du raphé, surtout à droite, où elle forme une sorte de crête. On abandonne ces végétations à elles-mêmes. La magnésie n'ayant pas agi, on produit, au moyen de lavements, une abondante évacuation de matières dures, qui se fait sans aucune déchirure. Leucorrhée; injections de feuilles de noyer.

Le 8, les gaz ne passent pas par la fistule; le 9, ils reprennent en partie le chemin anormal. Ces différences paraissent tenir à la position, les flatuosités passant exclusivement par l'anus quand la malade est assise.

Le 17 et le 19, on enlève les derniers fils vaginaux.

Le 27, la fistule persistant, on la cautérise au fer rouge (cautère dentaire). Il paraît y avoir une légère réduction à la suite de cette opération, qu'on renouvelle deux fois le mois suivant; mais une mensuration exacte démontre que les deux dernières interventions sont sans résultat, la fistule complètement dilatée avec des pinces formant, avant comme après, un orifice circulaire de 5 millimètres de diamètre.

A la fin de janvier, l'état fonctionnel était assez satisfaisant : le resserrement volontaire du sphincter se produisait, au dire de la malade, plus parfaitement encore qu'avant la première opération ; les gaz s'échappaient encore de temps en temps, mais sans bruit, par la fistule ; quant aux matières, n'étant jamais liquides, elles traversaient régulièrement le sphincter.

Je conseillai d'attendre encore trois mois, pour obtenir tout ce qu'on pouvait espérer de la rétraction cicatricielle, et d'opérer au printemps la fistule recto-vaginale, si elle persistait. Mais Mme X... ne me fit pas demander à l'époque convenue, parce qu'elle s'aperçut d'un commencement de grossesse qu'elle ne m'avoua que dans le courant de l'été; renonçant alors provisoirement à l'opération, je me bornai, d'après les conseils donnés par M. Verneuil, à toucher encore la fistule avec l'acide sulfurique ; trois cautérisations, pratiquées en juillet de cinq jours en cinq jours, ne produisirent aucun résultat.

Troisième accouchement. — Mme X... accoucha pour la troisième fois le 17 janvier 1880; mais le malheur voulut que le travail s'exécutât très rapidement, en trois heures, pendant une course que je faisais à la campagne. Deux confrères qui assistaient la malade, sachant ce qui s'était passé aux accouchements précédents, essayèrent de pratiquer à la vulve des incisions latérales; mais ce débridement, beaucoup trop timide (1/2 centimètre environ sur la partie moyenne des grandes lèvres de chaque côté), fut insignifiant : j'arrivai juste au moment où la tête venait de sortir, emportant encore une fois la partie centrale du périnée, après avoir dédoublé le plancher dans son épaisseur; cette fois, une partie du sphincter avait résisté, et la

rupture n'était complète qu'au niveau de l'ancienne fistule recto-vaginale.

Le même soir, je fis la suture à deux lambeaux; mais la dilacération était telle que je ne pus appliquer régulièrement le procédé de M. Delore; je réunis comme je pus.

Les gaz firent éclater la suture en deux points dès le deuxième jour. Je refis le sixième jour une opération complémentaire avec fils profonds et superficiels pour boucher ces deux orifices; l'un d'eux se ferma; mais l'autre, malgré une retouche exécutée sur la suture le 31 janvier, continua de donner passage aux gaz et aux matières fécales quand elles étaient liquides.

Je rajoutai un fil le 6 février, et je fis, du 8 au 20, trois petites cautérisations au nitrate d'argent; les derniers fils furent enlevés le 13 et le 20 février.

Dès le 15 février, de la magnésie put être prise et agir sans que les matières se montrassent dans la fistule, qui ne fut plus traversée que par les gaz. Je n'y touchai pas pendant le mois de mars.

Le 8 avril, la fistule, dans l'état de relâchement, ne formait plus sur la muqueuse vestibulaire qu'une ligne transversale de 3 millimètres; dilatée circulairement, elle offrait un diamètre de 2 millimètres; son trajet était dirigé obliquement d'avant en arrière et de bas en haut; les gaz seuls y passaient parfois. Je refis une cautérisation au nitrate d'argent.

Je revis la malade le 30 avril : la fistule s'était rétrécie encore, sans disparaître complètement : elle était presque imperceptible, et les gaz ne la traversaient que lorsqu'ils distendaient fortement l'intestin.

Six mois plus tard, Mme X... me racontait qu'elle était encore plus satisfaite de sa troisième restauration que de la première : en effet, le sphincter lui paraît fonctionner plus complètement et plus énergiquement; en outre, comme elle est habituellement constipée et tourmentée par des flatulences rectales, elle trouve *très utile* (ce sont ses propres expressions) la *petite soupape* qui permet aux gaz de s'échapper sans violence.

Je l'ai depuis revue plusieurs fois dans le monde, où nul ne se douterait de ce qui lui est arrivé.

En résumé, Mme X... a été, une première fois, radicalement guérie d'une déchirure complète du périnée, l'opération étant

pratiquée par le procédé de Delore, quatre mois après l'accouchement.

La cicatrice, étant très solide, aurait certainement résisté aux accouchements subséquents, si on avait eu la précaution de pratiquer le débridement vulvaire (longues encoches aux ciseaux, s'étendant transversalement de 2 à 4 centimètres de chaque côté de la fourchette). Mais le premier accouchement qui a eu lieu depuis s'est accompli sans aucun débridement et a reproduit la déchirure complète ; on a fait la suture simple malheureusement trop tard ((5e jour), et le résultat a été incomplet (fistule recto-vaginale de 5 millimètres de diamètre). Une nouvelle opération a été rendue impossible par l'époque rapprochée du troisième accouchement ; cette fois, il y a eu un débridement très insuffisant (trop peu étendu et placé trop haut), et la déchirure s'est reproduite partiellement.

Immédiatement après l'accouchement, le procédé régulier à lambeaux ne pouvait être appliqué, parce que, au lieu de créer des surfaces cruentées par la taille des lambeaux, il fallait utiliser celles qu'avait avivées la déchirure ; on a donc fait une opération de nécessité, en accolant tant bien que mal les parties lacérées, et, grâce à quelques retouches et à quelques cautérisations avec la pierre infernale, le résultat qui s'est trouvé obtenu après l'expiration de la période puerpérale a rendu inutile une nouvelle opération : il persiste une fistule admettant à peine un stylet de trousse ; mais les fonctions recto-anales s'exécutent à la satisfaction de la malade et de son entourage.

REVUE DE LA PRESSE

DILATATION FORCÉE
ET DISCISSION DU COL DE L'UTÉRUS

Théorie nouvelle et procédé opératoire nouveau (1).

Par le Dr A. Wallon,
Membre titulaire de la Société de médecine de Gand.

NOTE PRÉLIMINAIRE

Dans le domaine de la « gynécologie », différentes théories pathogéniques ont, tour à tour, été acceptées avec enthousiasme par les praticiens, pour être plus tard abandonnées ou rejetées dans l'obscurité.

La théorie la plus anciennement connue, défendue déjà par Paul d'Egine et l'école grecque, adoptée en France par Lisfranc et Récamier, est celle qui considère l'*inflammation* comme le point de départ de la plupart des affections de l'utérus et qui croit qu'un grand nombre de maux sont les résultats de cet état morbide.

D'après une seconde théorie, dont un des partisans les plus autorisés est le vénérable West, les désordres utérins dépendent d'un *trouble constitutionnel* et peuvent céder sans autre traitement que celui qui a pour but de modifier l'état général.

Le Dr Bonnet, qui a tant contribué à vulgariser les études gynécologiques, partage les idées de Récamier et Lisfranc, avec cette différence que la *métrite est généralement limitée au col*, et n'affecte le corps qu'exceptionnellement.

Pour le Dr Tyler-Smith, la *leucorrhée*, naissant d'une inflammation glandulaire du col, est la cause de la dégéné-

(1) Extrait des *Annales de la Société de médecine de Gand.*

rescence granuleuse de cette partie et de l'engorgement subséquent.

L'école mécanicienne, dans laquelle il faut ranger Velpeau, Hodge (de Philadelphie), Graily-Hewitt (de Londres), etc., croit que souvent, sinon toujours, les désordres utérins commencent par un *déplacement* qui est une condition primaire et non secondaire; il faut donc, pour interrompre le cours des symptômes morbides, d'abord écarter cette cause qui est la cause déterminante.

Nul n'a plaidé, auprès des gynécologistes, avec plus de constance et de logique la cause de la théorie ovarienne que le Dr Tilt (de Londres). D'après lui, le désordre utérin est ordinairement le résultat d'une inflammation ovarienne qui, réagissant sur la matrice, est, dans beaucoup de cas, le premier point de départ de ces états morbides.

Selon sir James Simpson, Gaillard-Thomas (de New-York), une des causes les plus fréquentes des affections utérines est la *subinvolution*.

D'après Emmet, l'illustre gynécologue de l'hôpital des femmes de New-York, un grand nombre d'affections seraient le résultat de la *déchirure du col* (1).

J'en passe et des meilleures.

Toutes ces théories, dues aux plus éminents gynécologues des deux mondes, expriment des faits vrais, irrécusables. Chacune de ces causes entre tour à tour en jeu; tous ont donc raison à leur point de vue. Mais aucun, me semble-t-il, n'explique le *mécanisme* par lequel la majeure partie des maladies utérines se produisent. Chacun ayant apporté sa pierre à l'édifice est tenté de la considérer comme la clef de voûte de la pathologie utérine. A mon avis, pour trouver une théorie pathogénique générale, ils ne se sont pas suffisamment laissé guider par les données saines et exactes de l'anatomie et de la physiologie.

---

(1) Voir in *Mémoires de l'Acad. de méd. de Belgique : De l'hystérotrachélorrhaphie*, par le Dr Walton.

C'est en me basant principalement sur ces données anatomiques et physiologiques, que je suis arrivé à concevoir une *théorie* qui, je crois, explique d'une façon très satisfaisante les processus morbides que nous rencontrons le plus généralement en pathologie utérine. Comme conséquence de cette théorie, je suis arrivé à combiner un *procédé opératoire méthodique nouveau*, qui m'a donné, dans un très grand nombre de cas déjà, un résultat rapide et réellement extraordinaire, et qui confirme ainsi pratiquement le bien fondé de ma théorie.

Théorie de la contracture chronique des fibres musculaires du col de l'utérus. — Il est généralement reconnu aujourd'hui que la congestion *active*, en dehors du traumatisme, est un fait pathologique relativement rare dans les organes du petit bassin chez la femme. Les travaux d'Emmet surtout ont beaucoup contribué à faire admettre plutôt la congestion passive, sans cependant expliquer d'une façon convenable sa production mécanique. C'est pour combattre cette congestion passive, qu'il reconnaît accompagner presque toutes les affections du petit bassin, que le gynécologue de New-York préconisa les irrigations vaginales à haute température (1) qui firent si promptement leur chemin en Amérique, en Angleterre et en Allemagne. Son explication est la suivante : l'irritation produite par l'eau très chaude excite les nerfs vaso-moteurs, d'où contraction des vaisseaux capillaires, d'où diminution de la masse sanguine. Ici encore, nous nous trouvons en face d'un fait (la congestion passive) généralement admis, mais dont la production n'est pas expliquée.

La théorie que nous allons exposer a l'avantage d'expliquer des phénomènes physiologiques, ainsi que le point de départ d'un grand nombre de phénomènes pathologiques. — C'est ainsi que cette théorie servira à expliquer le mécanisme de la menstruation, la suppression des règles après l'accouche-

---

(1) Voir in *Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1880 : *Des injections d'eau chaude en thérapeutique utérine*, par le Dr Walton.

ment, la subinvolution de l'utérus, la production de la leucorrhée, la congestion, l'engorgement et les déplacements qui peuvent en être la conséquence, les soi-disant inflammations dont les ulcérations sont une des suites, peut-être les fibromes utérins et les tumeurs ovariennes (je n'ose être affirmatif quant au carcinome), les hémorrhagies, certaines formes de cellulite pelvienne (inflammations péri-utérines, paramétrite, périmétrite, engorgement des ligaments larges), l'ovarite, l'aménorrhée, la dysménorrhée, la stérilité, ainsi que les différentes névralgies souvent les plus éloignées de l'organe malade, telles entre autres que certaines formes de cérébralgie.

Les remarquables travaux de Rouget ont démontré l'existence d'une enveloppe musculaire commune (1) aux organes génitaux du petit bassin chez la femme. Il a démontré que les ligaments larges ne sont pas un simple repli du péritoine, mais une expansion des parties latérales de l'utérus, ou plutôt des feuillets musculaires, sous-jacents aux feuillets séreux, y adhérant d'une manière intime, constitués par des faisceaux de fibres lisses qui s'entrecroisent et forment un véritable réseau. La partie moyenne de la membrane formée par l'ensemble et l'entrecroisement de ces feuillets musculaires n'est autre chose que la couche externe de l'enveloppe musculaire de l'utérus. Sur la ligne médiane de la matrice on observe, dans toute sa hauteur, une décussation des faisceaux musculaires d'un côté à l'autre (fibres verticales), qui indique la rencontre et l'entrecroisement des deux appareils musculaires latéraux. — Il en est de même du système du ligament rond pubien, des ligaments utéro-sacrés, du feuillet postérieur du ligament large, du ligament de l'ovaire ou *mesovarium*, du ligament rond supérieur, etc., etc., qui ne sont en définitive que des expansions du système musculaire utérin.

---

(1) *Recherches sur les organes érectiles de la femme et sur l'appareil musculaire tubo-ovarien*, in *Journ. de physiol.*, de Brown-Séquard, t. I, p. 363. Paris, 1859.

Rouget (1) a démontré que le tissu propre de l'utérus est non seulement contractile, mais qu'il est érectile. Tout organe érectile n'est, en réalité, qu'un organe musculaire dans lequel le sang apporté par les artères peut être temporairement retenu dans les capillaires ou dans les veines transformées en sinus caverneux, en plexus rétiformes. Il n'y a pas lieu de chercher la cause immédiate de l'érection ailleurs que dans la contraction des faisceaux musculaires, qui sont l'élément premier ou la base de toute partie contractile.

Entre ces faisceaux contractiles s'enchevêtrent des vaisseaux et des nerfs. La contraction de ces fibres a pour résultat de comprimer ces vaisseaux et ces nerfs. Comme les veines ont des parois moins résistantes que celles des artères, il se fait que c'est surtout la circulation de retour qui se trouve entravée ; il en résulte une tension plus grande dans les capillaires, et comme conséquence finale, d'après le degré de tension du sang et de résistance des parois, ou bien une hémorrhagie, ou bien un état de congestion passive, qui peut être le point de départ d'une foule d'affections utéro-ovariques.

La compression des nerfs explique facilement les multiples névralgies sympathiques ou réflexes. Cette compression des nerfs peut à la longue produire la paralysie des vaso-moteurs, d'où distension des capillaires et stase sanguine continue, qui constitue probablement le premier degré de ce que l'on a jusqu'ici baptisé du nom d'inflammation.

Il n'y aurait donc rien d'étonnant à voir disparaître, comme par enchantement, des affections même chroniques et rebelles, en enlevant l'obstacle à la circulation de retour, c'est-à-dire en supprimant la contraction ou le spasme des fibres musculaires de l'utérus qui s'oppose à la libre circulation du sang de retour.

En résumé, nous admettons deux espèces de contraction ou spasme de ces fibres musculaires.

---

(1) *Recherches sur le type des organes génitaux et de leurs appareils musculaires*. Thèse inaugurale. Paris, 1855.

L'*une physiologique*, énergique, relativement brusque et passagère, véritable érection, arrêtant presque complètement la circulation de retour, produisant la surdistension du réseau capillaire, d'où rupture de vaisseaux et hémorrhagie. C'est là la menstruation. Le point de départ de l'excitation produisant les contractions physiologiques des fibres utérines se trouve dans l'acte de l'ovulation. En effet, l'érection du bulbe ovarien et de l'utérus ne se produit pas seulement au moment du coït, elle paraît se rattacher aussi directement à l'ovulation et à la menstruation. La contraction de l'appareil musculaire tubo-ovarien, nécessaire pour l'adaptation de la trompe à l'ovaire, persistant pendant toute la période de l'ovulation, l'obstacle à la sortie du sang et l'érection des corps spongieux de l'utérus et des ovaires qui en est le résultat, doivent avoir la même durée. D'autre part· la menstruation coïncidant avec l'ovulation, il est naturel de la considérer comme la conséquence immédiate de l'érection de l'utérus; une véritable hémorrhagie ne se montrant d'ailleurs que chez la femme, c'est-à-dire là où cet organe présente une structure véritablement érectile. Enfin si l'excitation sexuelle peut, comme cela paraît probable, déterminer l'érection de l'utérus et des ovaires, il est facile de se rendre compte par là de son influence sur le rapprochement des périodes de la menstruation et de l'ovulation.

Après l'accouchement, il est habituel de voir une ou plusieurs époques menstruelles faire défaut. Comme le même phénomène se produit après mon procédé de dilatation forcée, je crois être en droit de l'expliquer par la surdistension des fibres musculaires qui restent paralysées pendant un certain temps.

La ménopause, que nous pouvons, par mon procédé, provoquer artificiellement, s'explique par le défaut d'érection, l'excitation, c'est-à-dire l'ovulation venant à cesser.

La *seconde espèce* de contraction, ou plutôt de contracture ou ténesme, est pathologique. Celle-ci est plus lente, moins énergique, continue, en quelque sorte chronique. C'est elle qui

produit la congestion passive, la soi-disant inflammation qui en résulte et toutes ses conséquences.

Le point de départ ou l'excitation qui produit cette contracture morbide peut être de nature très variée et appartenir à l'ordre physique ou à l'ordre moral. Chez la femme qui a conçu, nous trouvons, comme cause excitante, la rétention de parties de l'arrière-faix, les déchirures du col, des déplacements intempestifs, des imprudences de toute nature, un état de nervosité particulier, les secousses morales, saisissement, frayeur, l'impression subite du froid, l'onanisme conjugal, etc., etc. Je ne cite pas l'arrêt de l'involution, car je le considère comme résultat et non comme cause de ces contractions morbides.

Chez les jeunes filles, la cause est plutôt d'ordre moral. L'éducation surchauffée qu'on leur donne, excite ou trouble leurs facultés mentales. La lecture ou la vue de livres ou d'objets érotiques les excite, et produit dans tout le système utéro-ovarique une contracture qui peut aller jusqu'à produire l'oophoralgie, analogue à cette douleur caractéristique qu'éprouve l'homme sensuellement excité qui ne peut momentanément satisfaire aux sollicitations des sens, douleur produite par la contraction spasmodique du muscle crémastérien sur le testicule.

Une autre cause peut, toujours comme chez l'adolescent mâle, résider dans un défaut de propreté. De même que chez le jeune homme la matière sébacée, en séjournant, se concrète, irrite et excorie la muqueuse du gland et de la couronne, produit des démangeaisons et l'excitation des sens, qui se traduit par la contraction du tissu érectile de la verge, de même chez la jeune fille la sécrétion vulvo-vaginale normale peut se concréter, s'acidifier, irriter les muqueuses, produire des démangeaisons insupportables, réveiller les sens endormis et produire *per se* (toujours comme chez le mâle) la contraction du tissu érectile de la matrice, de l'appareil tubo-ovarien, et toutes ses conséquences. On comprend que si cet effet est fréquemment reproduit, il doit nécessairement en résulter des troubles dans la circulation du petit bassin.

Il existe encore bien des causes analogues que je passe sous silence, telles que la masturbation malheureusement si fréquente dans les pensionnats et les couvents.

Je ne considère pas le coït normal comme une cause morbigène, à moins qu'on en abuse. En effet, la congestion physiologique qui en résulte est jugulée par la déperdition de sécrétion qui rétablit en quelque sorte l'équilibre.

A un degré plus avancé, cette contraction morbide peut, soit par elle-même, soit par l'interposition de nouveaux tissus organisés, finir par porter son action sur le système artériel et produire la sclérose de l'organe telle qu'on la rencontre dans le dernier degré de la soi-disant métrite parenchymateuse chronique, ou s'opposer à l'arrivée du sang nutritif et déterminer l'atrophie.

Cette théorie, que nous croyons être le premier à émettre, est confirmée non seulement par les résultats obtenus par le procédé opératoire que nous préconisons, mais elle l'est encore par les modifications physiologiques que nous rencontrons dans le cours de la vie de la femme. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, si, après l'accouchement, nous voyons les règles cesser pendant un temps plus ou moins long, c'est sans doute parce que les fibres musculaires utérines du col ont été plus ou moins surdistendues et ont perdu momentanément leur pouvoir contractile. Par contre, lorsque sous l'une ou l'autre influence cette action se réveille trop tôt, avant que les tissus nouveaux aient été résorbés, il en résulte soit des hémorrhagies, soit la subinvolution. — De même à la ménopause le point de départ de l'excitation venant à manquer par le fait de la cessation de l'ovulation, la contraction ne se produit plus et la menstruation n'a plus lieu. — Il est remarquable que mon procédé, imitant le travail de la nature, produit en petit des phénomènes identiques, c'est-à-dire la suppression des règles pendant une ou deux périodes.

Cette théorie semble en outre satisfaire à toutes les exigences du raisonnement. Ainsi, si un saisissement, une frayeur ou toute autre impression morale ou même physique sup-

prime brusquement les règles, c'est qu'il s'est produit dans le tissu érectile de la femme une détente subite analogue à ce qui se passe sous l'influence de la même cause, la frayeur, par exemple, du côté de la vessie ou du rectum. — De même un saisissement, l'impression brusque du froid, peut transformer une menstruation normale en véritable ménorrhagie, par la contraction brusque, tétanique des fibres contractiles venant se surajouter à la contraction physiologique préexistante. — Sans chercher bien loin on pourrait sans doute trouver encore bien des exemples et des explications analogues.

Cette contracture morbide n'a rien qui doive nous étonner. La pathologie nous en fournit plusieurs exemples, tels que la contracture du sphincter anal dans le cas de fissures à l'anus, celle de l'orifice vaginal dans le cas de vaginisme, celle du sphincter de la vessie dans le cas de dysurie, etc., etc.

Encore un rapprochement que nous devons à Gaillard-Thomas et qu'il signale à propos de la subinvolution du vagin : « Les éléments élastiques et contractiles de ce canal (vagin) sont identiques avec ceux qui constituent la fibre utérine, et ils se développent comme ceux de l'utérus sous l'influence stimulante de la gestation. A la suite de l'accouchement, ils sont donc l'objet d'une métamorphose régressive; de même que ce processus est souvent interrompu dans l'utérus par la rupture du col, de même il peut l'être dans le vagin à la suite de la rupture du périnée. » (Gaillard-Thomas, de New-York, *Traité clinique des maladies des femmes.*)

Le *procédé opératoire* que j'emploie pour rétablir la circulation de retour est imité du travail naturel de l'accouchement en miniature bien entendu, et consiste à combattre cette contraction des fibres du tissu érectile utérin. Ce procédé, je pense, m'est tout à fait personnel. En effet si les différentes opérations qui constituent les divers temps du procédé ont été employées, séparément, par quelques rares gynécologistes américains ou allemands, et ce dans un autre but et sous l'influence d'autres idées, il n'en est pas moins incontestable que

leur coordination, leur succession, leur emploi *méthodique* et surtout leur *application* constituent un procédé tout à fait nouveau que l'on ne trouvera décrit dans aucun auteur classique ni dans aucune revue médicale, chirurgicale ou spéciale.

Je vais au-devant d'une objection. On me dira : votre procédé est compliqué, il exige un appareil instrumental considérable, une certaine dextérité manuelle, une connaissance parfaite des organes du petit bassin, un diagnostic rigoureusement exact, etc. Tout cela est vrai ; mais si les résultats sont bons, rapides, certains, et irréalisables par tout autre procédé ? Il faudra bien qu'on finisse par reconnaître à la gynécologie le droit d'être considérée comme une spécialité au même titre, ce que nul ne songe à contester, que l'ophthalmologie ou les maladies de l'oreille ou du larynx. Quel est le médecin s'occupant de pratique courante qui soit outillé ou qui ait la pratique nécessaire pour faire convenablement l'opération de la cataracte ou de la pupille artificielle, l'extraction des polypes du larynx ou de l'oreille, etc. ? De même, pour la gynécologie proprement dite, faut-il être outillé, avoir une grande pratique et beaucoup d'habitude pour poser un diagnostic convenable. « Pour arriver à faire le toucher convenablement, dit Mundé (1), il faut des années de pratique. » « Le succès dans le traitement des maladies des femmes réside complètement dans l'attention et l'observance des plus minutieux détails » (Emmet) (2). Pour pratiquer cette branche de l'art de guérir il faut savoir faire autre chose que de s'amuser à cautériser éternellement de prétendus ulcères du col.

L'observation qu'on va lire donne une idée du procédé. Je ne le décrirai donc pas en ce moment, me réservant d'entrer une autre fois dans plus de détails. Il me suffit d'ajouter que l'opération se modifie légèrement d'après les cas, mais que la base reste la même, c'est-à-dire la dilatation forcée du col. Il va de soi que je ne néglige aucun des moyens capables d'aider

---

(1) *Minor surgical gynecology*. New-York, 1881.
(2) *The principles and pratices of Gynecology*. New-York, 1879.

soit au rétablissement de la circulation, soit à la rapide décongestion de l'organe. Ainsi, dans les cas de déplacement, l'utérus est remis en place, et soutenu et maintenu par un pessaire convenable. Les irrigations d'eau très chaude pour resserrer le réseau sanguin, l'emploi de la glycérine pour établir un puissant courant d'exosmose, sont tous agents que j'utilise. Enfin l'opération par elle-même est faite avec toutes les précautions antiseptiques convenables.

En ne présentant à l'appui de ma manière de voir que cette seule observation tirée d'un nombre déjà considérable de cas, je n'ai pas la prétention d'entraîner la conviction. Je ne tiens qu'à prendre date, en attendant que j'aie pu rassembler les matériaux nécessaires à l'élaboration d'un travail plus complet dont cette note n'est que l'avant-coureur.

En terminant, qu'il me soit permis de dire, et ce n'est pas là un mince avantage, que mon procédé est dépourvu de tout danger lorsqu'on s'entoure de toutes les précautions nécessaires. Il y a plus, comme nous le démontrerons plus tard, dans les cas de métrorrhagies rebelles symptomatiques de tumeurs utérines, il permettra de différer et même de renoncer définitivement à la redoutable opération de l'hystérotomie ou à celle de Battey (ovariotomie double normale), proposées et pratiquées dans ces derniers temps pour mettre un terme à ces hémorrhagies qui épuisent la femme et mettent sa vie en danger.

Observation.

Marie Mauquoy, née le 20 janvier 1864, entre au service de Mme X..., le 12 octobre 1880. Elle y gagna la première fois ses règles à l'âge de 17 ans. Elle était alors grasse, potelée, bien portante et fut très régulièrement menstruée jusqu'au moment de sa maladie.

Dans le courant du mois de mars 1881, un samedi, elle commit l'imprudence de se baigner les pieds dans de l'eau froide pendant qu'elle avait ses règles ; le même soir elle se mit à perdre du sang en plus grande abondance et sans discontinuer jusqu'au lendemain dimanche soir.

Depuis ce moment elle fut souffrante, le ventre devint douloureux surtout à la pression, ces douleurs, siégeant principalement dans le bas-ventre, s'irradiaient sur les côtés et remontaient jusque dans la poitrine; bientôt survinrent des vomissements fréquents. Ces douleurs étaient beaucoup exagérées par les mouvements et surtout par la marche ; les secousses de la marche la gênaient à tel point qu'elle devait en quelque sorte se traîner et souvent elle s'était vue obligée d'ôter ses souliers et de marcher sur ses bas pour amortir les chocs de la marche. Lorsqu'elle allait à selle, elle souffrait également de violentes douleurs dans le ventre. Les règles, qui antérieurement avaient été régulières et indolores, revenaient maintenant tous les quinze jours ou toutes les trois semaines, et augmentaient d'autant ses douleurs ; il y avait une véritable dysménorrhée. L'appétit disparut ; elle perdit son embonpoint, maigrit, devint pâle, chloro-anémique, les traits étaient tirés par la souffrance.

C'est dans cet état que Marie Mauquoy entra une première fois à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles dans le courant du mois de mai 1881. Elle y séjourna pendant un mois dans le service du Dr Casse. Le diagnostic posé fut : « *ovarite* ». Comme traitement, on lui appliqua cinq vésicatoires. Ne se trouvant pas mieux, elle quitta l'hôpital pour aller à la campagne chez des parents.

Elle retourna une seconde fois au même hôpital, souffrant toujours comme avant; seulement, à mesure que ses forces diminuaient, ses règles s'éloignaient de plus en plus. Elle se trouva de nouveau dans le même service du Dr Casse. Le même diagnostic fut maintenu et le traitement consista en sangsues et vésicatoires sur le ventre. Cette fois elle séjourna à l'hôpital pendant six mois. C'est dans cet intervalle qu'elle fut traitée, pendant un mois, par le Dr Kufferah, remplaçant le Dr Casse absent. Ce médecin la traita par des irrigations vaginales d'eau chaude combinées avec des compresses d'eau froide sur le ventre. Ce traitement provoqua une fièvre violente, ainsi que des vomissements au moindre aliment solide ou liquide : l'état de la malade s'empira au point qu'on fut obligé de l'administrer. Elle en revint et quitta l'hôpital.

Une troisième fois elle retourna à l'hôpital le 31 mai 1883, toujours dans le même service ; elle y séjourna pendant sept mois et demi. Elle y fut de nouveau traitée par les vésicatoires, les badigeonnages à la teinture d'iode et les onctions mercurielles sur le ventre. Le Dr Vandam, remplaçant provisoirement le Dr Casse, et reprenant le

service pendant trois semaines, prescrivit des bains d'amidon que son état de grande faiblesse ne lui permit pas de supporter. A son retour, le Dr Casse pria ses confrères MM. les chirurgiens Guillery et Lavisé de bien vouloir examiner sa malade. Pour faciliter l'examen qui était très douloureux ; on la chloroformisa. Le même diagnostic d'ovarite fut confirmé, et on lui proposa l'opération de l'ovariotomie, comme unique chance de salut. Elle fut également examinée par le Dr Van Volxem, qui était tout prêt à entreprendre l'opération, lorsque le Dr Meuleman, médecin de la famille, pria ce chirurgien de surseoir à l'opération jusqu'à ce qu'un nouvel examen eût été fait. Sur ces entrefaites, un conflit avait surgi entre les chefs de service. Il en résulta qu'on ne fit plus d'examen et qu'on ne pratiqua pas l'ovariotomie. Elle quitta l'hôpital le 15 janvier 1884 aussi souffrante qu'avant son entrée.

Pendant ce dernier séjour de sept mois et demi, elle n'avait eu ses règles que deux fois.

Depuis son départ de l'hôpital, elle a été réglée une fois, dans le courant de la première quinzaine du mois de février.

Le 11 février 1884, à la recommandation du médecin de ses maîtres qui l'avaient charitablement recueillie, elle se rendit en mon cabinet, malgré de grandes souffrances, littéralement en se traînant.

Quand je la vis pour la première fois, son visage était plombé, pâle, anémié; les muqueuses décolorées; les traits tirés dénonçaient une souffrance de longue durée. Frêle et délicate, de tempérament lympathique de blonde, elle avait le regard anxieux, craintif, la voix faible et tremblante; la marche était lente et pénible, traînant les pieds comme si chaque pas augmentait ses souffrances. Elle se plaignait de douleurs dans le bas-ventre avec irradiation sur les côtés, la poitrine et les reins; ces douleurs s'exaspéraient par la pression, les mouvements, la marche et surtout par la défécation. Pouls petit et faible sans accélération fébrile, température normale, souffle anémique au cœur; langue légèrement chargée, inappétence, constipation habituelle, vomissements.

Le palper abdominal est assez douloureux, surtout à la pression profonde qui arrache des gémissements à la patiente et empêche de faire l'examen complet des organes intra-abdominaux. Ces douleurs sont concentrées dans le bas-ventre et semblent correspondre à la région utéro-ovarienne. Ces douleurs s'irradient spontanément ainsi qu'à la pression le long des côtés du ventre jusque dans la poitrine.

Elle se plaint également de douleurs lombaires. La jeune fille est vierge ; le toucher, toujours pénible dans ce cas, est excessivement douloureux chez elle. Tout le canal génital paraît hyperesthésié : le vagin semble se contracter sur le doigt explorateur; le col est virginal à orifice externe étroit et de forme circulaire; le col ou plutôt la portion vaginale du col seul est mobile et de consistance normale; les culs-de-sac sont excessivement douloureux à la pression; le corps utérin ne se laisse guère soulever et paraît fixé sur place par l'engorgement du tissu cellulaire circa-utérin; partout la pression est excessivement douloureuse avec absence de souplesse de tout le tractus génital. Malgré un examen scrupuleux et attentif, je ne parviens pas à sentir les ovaires ni par le toucher vaginal, ni par le palper abdominal, ni par l'examen bimanuel abdomino-vaginal, ni par le toucher rectal. L'utérus semble être dans sa position normale. Ces différents procédés d'investigation sont très douloureux et arrachent des gémissements et des cris à la malade.

L'examen au spéculum (spéculum de Cusco pour vierges) est encore plus pénible. C'est avec difficulté et au prix d'assez fortes douleurs que je parviens à écarter les valves et mettre le col à nu. Muqueuses vaginale et cervicale pâles, col virginal à orifice arrondi légèrement exulcéré. L'hystéromètre pénètre avec difficulté à 3 centimètres dans le col, ne franchit pas l'orifice interne, provoque de la douleur et détermine l'écoulement de quelques gouttes de sang. L'impossibilité d'imprimer à l'organe des mouvements de latéralité à l'aide de la sonde, démontre que l'utérus n'est pas mobile. La direction normale du canal utérin, indiquée par la sonde, prouve que l'utérus n'est pas dévié. Légère leucorrhée cervicale.

De l'ensemble de cet examen, je conclus qu'il y a chez cette jeune fille ce que l'on est convenu d'appeler de la métrite avec inflammation chronique du tissu cellulaire circa-utérin (cellulite pelvienne, paramétrite), il est plus que probable que le péritoine du petit bassin participe également à l'inflammation du tissu cellulaire sous-jacent (périmétrite); il est probable également que tous les organes du petit bassin (trompes, ovaires, ligaments larges, rectum), ou du moins leur gangue connective, sont également enflammés ou engorgés. Diagnostic général : *métrite virginale* avec *paramétrite* et *périmétrite* chronique.

Cependant, devant le diagnostic et le pronostic posés par mes confrères des hôpitaux, après une observation de près d'un an et

demi, je crus prudent de maintenir ma cliente en observation pendant quelques jours.

Je me contentai donc de faire un léger badigeonnage du col et des culs-de-sac à la teinture d'iode, ainsi que des pansements glycérinés pour obtenir un courant d'exosmose décongestif, avec des irrigations vaginales journalières d'eau très chaude pour activer la circulation capillaire. A cela j'ajoutai des injections sous-cutanées pour combattre l'élément douleur. Laxatifs légers.

Pendant quinze jours ce traitement expectatif fut continué sans produire absolument aucun amendement, et ne fit que confirmer mon précédent diagnostic sans que rien ne vint me démontrer la prédominance de l'ovarite, diagnostic qui avait été maintenu par tous ses médecins pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, c'est-à-dire pendant près de dix-huit mois, et qui avait engagé les chirurgiens à provoquer l'ovariotomie.

Me fondant sur ma théorie énoncée plus haut, je considérai ce cas comme un exemple de congestion passive par gêne de la circulation de retour et je me déterminai à faire usage de mon procédé opératoire de dilatation forcée et discission du col. — L'opération fut fixée au 29 février 1884 et pratiquée avec l'aide de mon excellent ami le Dr Titeca, secrétaire de l'Inspecteur-général du service de santé de l'armée et rédacteur en chef des *Archives médicales belges*. L'opération se faisant *pro Deo*, je n'ai pu m'entourer de plus d'aides, ce que j'ai presque eu lieu de regretter.

Opération. — La patiente, chloroformisée par les soins du Dr Titeca, est transportée sur la table d'opération et placée dans la position de Sims (latéro-abdominale gauche). Le spéculum de Cusco pour vierge est introduit à moitié ; ses valves sont écartées pour tendre la membrane hymen, qui est incisée dans différentes directions à coups de ciseaux. Ce petit spéculum est retiré, les valves écartées pour distendre le sphincter vaginal, et remplacé par le spéculum bivalve ordinaire de Cusco, qui est ensuite retiré à moitié ouvert. Cette opération préliminaire a pour but d'agrandir le champ opératoire et de permettre l'introduction de spéculums rétracteurs et des instruments dilatateurs. Vu la distension des parties, l'écoulement de sang est insignifiant. Immédiatement après, le spéculum de Sims, modifié par Gaillard-Thomas, de New-York, est introduit et maintenu en place à l'aide du compresseur sacro-lombaire et du dépresseur vaginal (*self-retaining speculum*).

En ce moment surgit un terrible accident : la respiration de la patiente s'arrête brusquement, le pouls cesse de battre, le visage se cyanose, la peau devient froide. Immédiatement je dévisse et j'extrais le spéculum si compliqué qui venait d'être fixé, nous retournons brusquement la mourante sur le dos, nous saisissons la langue à l'aide de pinces *ad hoc*, nous la maintenons retirée hors de la bouche pour relever l'épiglotte qui obture le larynx, nous inclinons la table de manière à précipiter le sang vers l'encéphale, nous pratiquons la respiration artificielle d'après le procédé de Sylvestre, nous frottons sur les narines des stimulants diffusibles, et, après un quart d'heure d'angoisses et d'efforts soutenus, nous sommes assez heureux pour voir la respiration se rétablir, le pouls renaître et le visage se colorer. — Il est à remarquer que la quantité de chloroforme absorbée avait été des plus minimes, l'anesthésie s'était produite rapidement en quelques minutes, à l'aide du masque et du compte-gouttes d'Esmarch ; d'ailleurs, elle avait été antérieurement chloroformisée à l'hôpital sans qu'aucun accident quelconque se fût produit.

Remis de notre frayeur passagère, nous n'osâmes continuer l'administration du chloroforme et force nous fut de poursuivre l'opération dans la position dorsale, les jambes fortement relevées et maintenues par des aides (position glutéo-dorsale de Simon), la malade continuant d'ailleurs d'être en semi-anesthésie.

Dans cette position, nous fûmes forcés d'abandonner le spéculum si commode de Gaillard-Thomas et de nous servir de deux spéculums ou rétracteurs de Simon, l'un déprimant le périnée, l'autre relevant la paroi antérieure du vagin. Vu le nombre insuffisant d'aides et les mouvements désordonnés de la patiente que la douleur commençait à réveiller, l'opération devint des plus difficiles, ses mouvements irréfléchis risquant à tout instant de faire déraper les rétracteurs.

Le col, ainsi mis à nu, je commençai par introduire le dilatateur de Priestley, à l'aide duquel je parvins graduellement à franchir l'orifice interne et à pénétrer dans la cavité. Ce premier dilatateur fut retiré ouvert et immédiatement remplacé par celui de Pajot; celui-ci ayant été retiré les deux branches maintenues écartées, nous avions ainsi transformé l'orifice externe circulaire en un orifice ovale transversal, et créé un véritable museau de tanche avec deux lèvres, antérieure et postérieure, ce qui n'existait pas auparavant. La lèvre postérieure fut saisie à l'aide d'une pince à griffes de Museux, dans le but de maintenir le col fixé, de faciliter l'introduction de dilatateurs

de plus gros calibre et d'empêcher ceux-ci de déraper en refoulant le col par l'écartement de leurs branches.

Le col ainsi fixé, j'introduisis le dilatateur de Ellinger qui, au bout de quelques minutes, fut retiré, les branches maintenues écartées, et remplacé par celui de B. Schultze, à écartement transversal modifié par moi (1). Ce dilatateur fut retiré fermé, parce que la surface externe de ses branches, présentant des cannelures arrondies s'imprimant dans le tissu utérin pour l'empêcher d'être chassé, ne permet pas d'extraire l'instrument ouvert. Ce dilatateur fut enfin remplacé par le puissant dilatateur à trois branches de Sims, qui produit une dilatation plus circulaire et que l'on peut estimer au volume d'un index.

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(*Séance du 4 mars* 1884).

Du sulfate de cuivre en obstétrique. — Lorsque le Dr CHARPENTIER suppléa l'année dernière M. Depaul à la clinique d'accouchements, il y avait eu, du 1er janvier au 15 juin, 12 morts par septicémie sur 397 accouchements.

A partir de sa prise de service, dans les quinze premiers jours, il n'y eut plus de mortalité, mais continuation de la morbidité, avec formes atténuées, phlébites légères, etc. ; enfin, jusqu'au 15 octobre, on ne constata plus de morts, et sur 212 accouchements, à peine quelques accidents légers et rares, cédant à un ou deux jours de traitement.

A quoi attribuer cette différence heureuse dans les résultats ?

C'est pour essayer de répondre à cette question que M. Charpentier

---

(1) J'ai fait modifier cet instrument par l'adjonction d'une crémaillère qui maintient l'instrument ouvert, l'expérience m'ayant prouvé que la main la plus robuste ne pouvait que difficilement résister pendant quelques minutes à la puissante contraction du muscle utérin. Cette force de contraction est telle que dans une de mes opérations, une des branches du dilatateur, de médiocre construction sans doute, se brisa net.

donne lecture d'un mémoire sur l'emploi du sulfate de cuivre en obstétrique. On sait en effet quelle aversion M. Depaul avait pour l'usage des antiseptiques et des désinfectants. M. Charpentier s'empressa heureusement de modifier le régime du service, quels que fussent les obstacles apportés par les habitudes du personnel. Redoutant les inconvénients de l'acide phénique et du sublimé, et instruit des expériences de MM. Pasteur et Chamberland sur le sulfate de cuivre, il choisit ce dernier, et en fit l'application à toutes les femmes, soit enceintes, soit en travail, soit accouchées. Il institua de nouvelles expériences en introduisant des morceaux de placenta dans des bocaux renfermant des solutions de sulfate de cuivre à divers titres ; les bocaux furent placés dans la salle d'autopsie, et l'air de cette pièce fut agité de façon à mettre en mouvement les germes contenus. Or il arriva que : 1° la solution au 1,000° arrêta la putréfaction pendant cinq jours dans ce milieu saturé d'organismes ; 2° la solution au 500° produisit le même effet, pendant treize jours ; 3° les solutions au 250°, au 100°, au 50° ne présentèrent jamais trace d'organismes vivants pendant les quatorze jours de l'expérience, alors que l'eau pure du sixième bocal était déjà remplie d'organismes au bout de quarante-huit heures ; 4° enfin, les corpuscules germes ne furent rencontrés dans la solution au 500° qu'au bout de sept jours, et lorsque la macération putride était de 3 centimètres cubes et demi. Ces mêmes corpuscules germes apparurent dans la solution au 50° le huitième jour, mais jamais aucun de ces bocaux n'offrait au microscope, ni micrococci, ni bactéries, ni bacilles vivants.

M. Charpentier résume ses expériences et ses observations dans les propositions suivantes :

1° Le sulfate de cuivre employé au 100° est un antiseptique de premier ordre et qui peut rendre en obstétrique des services signalés ;

2° Absolument inoffensif pour les malades, d'un prix très modéré, d'un maniement facile, il joint aux avantages d'être un antiseptique très puissant, celui d'être un désinfectant pour ainsi dire instantané ;

3° Qu'il soit employé sous forme d'injection intra-vaginale ou intra-utérine, son innocuité est absolue ;

4° Le sulfate de cuivre jouit de propriétés astringentes et coagulantes telles qu'il pourra peut-être être substitué un jour au perchlorure de fer, comme hémostatique ; il a sur lui la supériorité de ne pas salir les plaies ;

5° La solution employée doit être celle au 100°, chauffée à 36° ou 38°;

6° L'usage de la solution doit être continué pendant les huit ou dix premiers jours, à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures, sans que cela détermine chez les malades autre chose que de l'abaissement de la température, la diminution de la fréquence du pouls, c'est-à-dire une amélioration rapide et incontestable ;

7° Les chirurgiens ont tout intérêt à essayer cet antiseptique, qui, dans un certain nombre de circonstances, et en particulier dans les cas de thrombus volumineux de la vulve, nous a permis d'obtenir la guérison et la réparation du foyer sans une goutte de pus.

Dans un cas d'abcès fétide de la cloison uréthro-vaginale, il a supprimé tout à la fois, du jour au lendemain, la fétidité et les symptômes généraux résultant de l'infection putride, alors que les solutions phéniquées avaient échoué. PAUL RODET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 avril 1884.

Périnéorrhaphie. — M. TRÉLAT, chargé d'un rapport sur deux observations de périnéorrhaphie et de fistule recto-vaginale pratiquées avec succès par M. le Dr Queirel (de Marseille), résume ainsi le procédé opératoire : avivement large; fistule périnéale entrecoupée; un point de suture profonde avec plaques de plomb; suture vaginale.

Je rappelle à ce sujet le mode opératoire longtemps enseigné et pratiqué par lui, et dont la description figure dans la thèse de MM. Baraud, 1879. La particularité saillante de ce procédé consistait en deux ou trois points de suture enchevillée avec plaques de plomb, comprenant une grande épaisseur de tissus et autant que possible rectilignes dans leur trajet. Leur fermeture accolait l'une à l'autre, comme les deux côtés d'un livre ouvert, les deux côtés de l'avivement vulvo-périnéal. Cette opération, pratiquée onze fois, avait donné huit succès complets, un échec absolu par suite de diarrhée profuse, une mort de septicémie suraiguë, et enfin une guérison avec fistule recto-vaginale si petite, que, pendant quinze ans, la malade n'en éprouva aucune incommodité.

Deux fois depuis, la même opération lui a donné des succès complets et rapides.

Cependant, le placement de ces fils profonds, à long trajet, n'était pas sans difficultés; d'autre part, la grande épaisseur des parties molles comprises entre les plaques de plomb et maintenues au contact par leur action, nécessitait un effort assez énergique, et l'on voyait alors vers le quatrième ou le cinquième jour la peau se creuser, s'ulcérer sous les plaques et la suppuration s'établir sur le trajet des fils, d'où la nécessité d'un enlèvement prématuré de la suture qui exposait à un échec. Il a remédié à cet inconvénient en desserrant les fils de la suture profonde le lendemain ou le surlendemain de l'opération.

Néanmoins, la méthode restait incertaine dans ses effets puisqu'on n'a aucune donnée précise pour juger du degré convenable de la pression. Aussi a-t-il cru devoir suivre dans ses dernières périnéorrhaphies les indications de Gaillard Thomas, vantées par M. Jude Hüe (de Rouen) et MM. Terrillon et Monod. Trois opérations lui ont donné une guérison absolument parfaite, une guérison parfaite au point de vue plastique, et un peu insuffisante quant à la contention des matières fécales liquides, et enfin une guérison avec très petite fistule recto-vaginale.

La restauration du corps périnéal proprement dit s'effectue très bien par le mode de suture d'Emmet et de Gaillard Thomas. Cette suture se fait très aisément à l'aide d'une aiguille à grande courbure circulaire; elle rapproche parfaitement les parties; elle est beaucoup mieux tolérée et peut séjourner plus longtemps sans aucun inconvénient. Aussi l'adoptera-t-il désormais.

Cette substitution de la suture entrecoupée à la suture enchevillée est d'ailleurs dans la tendance générale. M. Verneuil l'emploie aussi aujourd'hui. M. Terrillon renforce la suture entrecoupée au moyen d'un ou deux points de suture enchevillée, mais cette adjonction ne lui semble pas nécessaire.

Ceci s'applique surtout au corps périnéal proprement dit; mais en avant de ce triangle charnu se trouve la région de la fourchette constituée par une sorte de lame beaucoup plus mince sur laquelle ne portent pas les sutures profondes, et pour la restauration de laquelle il préfère employer deux sutures séparées : celle de la muqueuse vaginale et celle de la peau.

Je résume ainsi sa communication :

Avant l'opération, obtenir la parfaite régularité des selles; large purgatif deux jours avant l'opération. Le matin de l'opération, grand lavement. Pilules d'extrait thébaïque depuis la veille de l'opération.

Pour l'opération elle-même : avivement comme M. Verneuil, comme M. Deroubaix, comme il l'a décrit dans la thèse de M. Boraud; suture de la région anale et du corps périnéal suivant le procédé d'Emmet, Gaillard Thomas; suture vaginale avec la soie de Czerny; suture de la fourchette avec le fil d'argent fin. Quelques points superficiels entre les points périnéaux de la suture profonde, s'il le faut; mais c'est rarement nécessaire.

Extrême propreté et préservation antiseptique de la région opérée; lavages réitérés avec l'eàu chloratée ou boratée. Le sublimé pourrait être employé. Alimentation modérée, mais réparatrice et donnant peu de matières fécales : vin, viande, pas de farineux. Constipation maintenue par l'extrait thébaïque pendant six ou sept jours; le septième ou le huitième jour, purgatif évacuant; autant que possible l'huile de ricin.

Quelques fils superficiels auront pu être enlevés dès le quatrième jour; tous ceux qui restent seront enlevés le lendemain du purgatif, le huitième ou le neuvième jour.

Repos complet au lit. Extrême propreté toujours antiseptique; reprendre la constipation pour trois jours. Du douze au treizième jour, la guérison sera entièrement achevée, et, dans cette période, la malade pourra être avantageusement baignée.

M. Verneuil a renoncé à la suture enchevillée parce qu'elle fait trop souffrir les malades. Il pratique les sutures en se servant du chasse-fils pour passer les fils qui sont en argent, aussi bien pour le périnée que pour le vagin. Les chefs de ces fils sont passés dans des boutons de nacre qu'on laisse en place huit ou dix jours et qui permettent le retrait facile des fils. Il approuve aussi sans réserve les lavages antiseptiques fréquents.

M. Richelot a pu constater dans un cas récent que la suture entrecoupée suffisait seule et que la suture enchevillée était inutile. Le procédé de M. Jude Hüe dans lequel le plein du fil passe par le vagin n'est pas applicable aux déchirures étendues se terminant par un éperon situé plus ou moins haut sur la cloison recto-vaginale. Cette cloison est beaucoup trop mince pour fournir une place suffisante au placement des trois ou quatre fils nécessaires.

Chez sa malade, il a dédoublé la cloison vaginale au-dessus de

l'éperon, et il a abaissé autant qu'il a pu la paroi postérieure du vagin, de façon à former un opercule qui empêchait l'écoulement des liquides vaginaux sur la plaie. Il s'est servi de cuir de Florence.

M. Desprès trouve que le bouton de nacre préconisé par M. Verneuil est fort utile, mais qu'on peut s'en passer, si l'on a soin que le point où se fait la torsion des fils corresponde, non pas au niveau de la plaie, mais bien à ses parties latérales.

Il fait coucher ses malades sur le ventre.

M. Trélat constate qu'il n'existe entre les différents opérateurs que des divergences de détails.

Lecture par M. Louis Thomas (de Tours) : **Prolapsus utérin irréductible. — Ablation du corps de l'utérus par la ligature élastique.— Guérison.** — Il s'agit, dans ce fait, d'une femme de 60 ans, domestique, grande et robuste, qui n'a eu qu'une seule grossesse, normale et heureusement terminée, à l'âge de 30 ans. Peu de temps après son accouchement, elle s'est aperçue d'une hernie crurale gauche et a fait usage d'un bandage. Depuis deux ans seulement, elle est atteinte de chute de la matrice. L'emploi du pessaire a été inefficace : la matrice s'échappe et apparaît à la vulve toutes les fois qu'elle fait un violent effort, mais elle en obtient facilement la réduction en se plaçant dans le décubitus dorsal.

Quelques jours avant l'entrée à l'hôpital, la matrice est sortie brusquement, à la suite d'un effort, et n'a pu être réduite. La malade a continué ses occupations et ne s'est alitée que vaincue par la souffrance, il y a trois ou quatre jours.

A la vulve se présente une tumeur volumineuse, pyriforme, à grosse extrémite dirigée en arrière et recouvrant complètement le périnée.

La petite extrémité (dirigée en haut dans le décubitus dorsal) correspond à la symphyse pubienne, sur laquelle elle est assez étroitement appliquée et recouvre la partie supérieure de la vulve. Le grand axe mesure 14 centimètres. Sa circonférence au voisinage de sa partie postérieure est de 25 centimètres.

A l'incision de son tiers antérieur et de ses deux tiers postérieurs, la tumeur présente un étranglement en deçà et au delà duquel elle présente un aspect fort différent. La portion antérieure est cylindrique ; sa surface est rouge et saigne facilement ; elle se termine par une extrémité arrondie au centre de laquelle on distingue un orifice

transversal, dont les lèvres sont baignées par un liquide muco-purulent. A ces caractères, il est facile de reconnaître le col de l'utérus.

La grosse extrémité de la tumeur située en arrière de l'étranglement est couchée au devant de l'anus et du périnée. Elle est pyriforme, mate dans toute son étendue. Sa surface est grisâtre, sèche, comme parcheminée, et présente sur divers points des stries grisâtres de sphacèle.

Si par l'orifice de l'extrémité antérieure, orifice du col, on introduit une sonde cannelée, elle pénètre à une profondeur de 9 ou 10 centimètres, suivant le grand axe de la tumeur, et l'extrémité de l'instrument est perçue à travers la paroi dont l'épaisseur peut être évaluée à près de 2 centimètres.

En contournant le fond de la tumeur avec l'index, on ne peut pénétrer dans le vagin; le doigt est arrêté au niveau de la commissure postérieure. La paroi vaginale postérieure est renversée à l'extérieur et se réfléchit pour recouvrir la tumeur en avant.

Si on écarte l'extrémité antérieure de la tumeur de l'arcade pubienne on découvre le méat urinaire et on peut introduire le doigt dans le vagin ; mais il est arrêté à une profondeur de 3 centimètres. En ce point, la paroi vaginale forme cul-de-sac et se réfléchit sur la tumeur.

L'urèthre a subi une déviation si prononcée que le cathétérisme est impossible avec une sonde métallique. Il faut se servir d'une sonde molle.

Par le toucher rectal, on reconnaît que le rectum a conservé ses rapports normaux, et est complètement indépendant de la tumeur. On constate l'absence de l'utérus dans la cavité pelvienne. Entre le doigt introduit dans le rectum et un doigt engagé dans le cul-de-sac antérieur du vagin, on sent comme un paquet de cordes tendues, se dirigeant de l'intérieur du bassin vers la tumeur.

Le diagnostic était donc des plus nets.

La malade n'accuse de douleur que dans la station verticale ; couchée, elle ne souffre pas. Pas de fièvre. — Appétit conservé. La miction et la défécation s'accomplissent sans difficulté.

Bien que la surface antérieure présente des signes évidents de sphacèle en supposant qu'il ne s'agit que d'une gangrène superficielle, je me décide à tenter la réduction de l'utérus. La malade est anesthésiée. Mais à la première tentative pour repousser le fond de la tumeur en arrière, bien que la pression ait été très modérée, il se produit à la face antérieure une déchirure longitudinale de plusieurs cen-

timètres. Les lèvres de la solution de continuité, en s'écartant, mettent à découvert une surface violacée, lisse, facile à reconnaître pour l'utérus. La paroi postérieure du vagin s'est rompue dans toute son épaisseur. Le doigt introduit par la déchirure contourne le fond de l'utérus et pénètre dans la cavité abdominale.

La fermeture de la cavité abdominale et l'ablation de la portion de l'utérus qui avait perdu droit de domicile dans le bassin s'imposant, j'eus recours à la ligature élastique. Une anse de caoutchouc fut engagée au devant de la fourchette en arrière de la tumeur, et ses chefs ramenés en avant, au niveau des insertions vaginales sur le museau de tanche, divisaient ainsi obliquement le corps de l'utérus en respectant sa partie antérieure dirigée en arrière. Les chefs du tube de caoutchouc ayant été fortement attirés en avant, et entre-croisés, furent maintenus avec un fil de soie. Des compresses phéniquées furent appliquées sur la tumeur, et la malade fut reportée dans son lit.

Suites simples. Dans la journée, quelques nausées provoquées par le chloroforme, mais pas de douleur. Le thermomètre ne s'éleva pas au-dessus de 38° et le pouls ne dépassa pas 88 les jours suivants.

Trois jours après l'application de la ligature, le sphacèle avait envahi toute la surface de la tumeur qui était violacée et flétrie. La constriction étant jugée insuffisante, un nouveau tube de caoutchouc est appliqué. Les jours suivants, la portion étranglée prend une teinte noire et se dessèche. On applique alors un nouveau tube, et après avoir exercé une constriction énergique, on retranche avec des ciseaux la portion sphacélée à 1 centimètre au-dessous de la ligature.

Le lendemain, la réduction du col s'est opérée spontanément. Le doigt peut pénétrer à une profondeur de 3 ou 4 centimètres dans le vagin reconstitué. Injections vaginales phéniquées; retrait des tubes huit jours après. Quelques jours après, la malade se lève ; elle n'éprouve aucune douleur et peut reprendre ses occupations.

La partie sphacélée est constituée par le corps de l'utérus divisé obliquement d'avant en arrière et recouvert en partie par la paroi postérieure du vagin.

Il ne faut pas conclure de ce fait que tous les prolapsus utérins doivent être traités par l'ablation du corps l'utérus ; mais ce procédé de traitement peut être d'un grand secours dans un certain nombre de cas.

Séance du 30 avril 1884.

A propos du procès-verbal, M. MONOD présente quelques remarques relatives aux détails du procédé opératoire dans la périnéorrhaphie. Les opérations qu'il a faites en commun avec M. Terrillon sont au nombre de 11. Elles ont donné : un insuccès complet chez une femme lymphatique qui avait été opérée à deux ou trois reprises par divers chirurgiens ; un insuccès partiel, la partie anale du périnée restaurée s'étant rompue après l'ablation des fils, dans l'expulsion d'un énorme bol fécal; enfin une fistule recto-vaginale qu'il attribue à la présence d'un catarrhe utérin rendu plus intense par le traumatisme opératoire.

Dans tous les autres cas, résultat excellent.

Le procédé employé est celui d'Emmet, exposé par Gaillard Thomas dans son livre, et par Jude Hüe, dans sa communication de 1876. Il rappelle alors les principaux détails opératoires. Le premier fil, qu'on pourrait appeler ano-vaginal, est seul un peu pénible à placer, en raison de la grande courbe qu'il décrit. Ce fil a la prétention de ramasser, pour ainsi dire, les fibres déchirées du sphincter, pour mettre en contact, bout à bout sur la ligne médiane, les extrémités divisées. Si la théorie est contestable, elle n'a pourtant pas été démentie par la pratique. Dans tous les cas qui lui sont personnels, le fonctionnement de l'anus réparé était excellent.

Les sutures superficielles de la fourchette et du vagin sont souvent utiles ; elles ne sont pas toujours nécessaires.

Il a conservé la suture enchevillée en employant pour fixer les fils des tubes en plomb analogues à ceux que M. Duplay emploie dans ses opérations d'hypospadias. Ces chevilles métalliques ont été bien tolérées pendant une dizaine de jours sans entamer sensiblement la peau.

M. VERNEUIL a substitué à l'avivement sanglant l'avivement par les caustiques qui lui a donné de bons résultats.

M. GUÉNIOT trouve qu'on paraît s'être trop attaché à la restitution des formes, et peut-être pas assez de la restitution de la fonction. Les sutures de M. Jude Hüe lui paraissent les plus propres à réparer les déchirures du sphincter.

M. POZZI cite le fait d'une malade chez laquelle l'avivement sanglant a été suivi d'un échec, tandis que la réunion immédiate secondaire tentée d'après le procédé de M. Verneuil a bien réussi. Il s'est servi du thermocautère, et a fait deux longues incisions libératrices sur la

paroi vaginale. Une première fois il a fait des sutures pour rapprocher les surfaces granuleuses : il a cru pouvoir les omettre dans une seconde opération.

M. Polaillon dit qu'il y a des cas où la muqueuse ano-rectale repoussée chaque fois par les efforts de défécation vient faire saillie entre les lèvres de la solution de continuité. Dans ces cas, il décolle la partie antérieure du bourrelet muqueux et l'abaisse de façon à le réunir au plus inférieur des points de suture. De cette façon, les surfaces avivées et réunies se trouvent isolées de tout contact avec les matières et les gaz.

M. Marc-Sée préconise la gaze iodoformée pour l'enchevillement des sutures.

R. Chenet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK.

Notes sur les malpositions utérines. — Devant l'Académie de médecine de New-York, séance du 20 décembre 1883, le Dr W.-M. Chamberlain a lu un mémoire sur ce sujet.

Une vierge, âgée de 39 ans, se plaint d'avoir une menstruation profuse et douloureuse, de difficulté à marcher et à se tenir debout, de douleur dans le dos et les jambes, de chaleur et de pesanteur dans le bassin, de constipation, de dysurie, d'irritation vésicale et de leucorrhée.

Au toucher, on constate que le col n'est qu'à 25 millimètres de l'entrée du vagin ; il est pressé contre la paroi supérieure du vagin ; sa face supérieure est aplatie ; un de ses bords est aminci et angulaire comme le bord interne de deux orteils voisins. Passant au delà de la lèvre postérieure proéminente, le doigt rencontre, dans le cul-de-sac, la matrice rétrofléchie et sensible à la pression.

Les troubles de la santé, quels que soient leur ordre d'apparition et leur prédominance, dureront autant que le dérangement physique de l'organe. Pour son replacement, les médicaments et l'hygiène ne peuvent rien, quoi qu'en disent des hommes de valeur, qui accusent les pessaires d'être monstrueux, malpropres, infectieux, irritants, dangereux, et d'une utilité dérisoire (*nugatory*).

En 1864, le Dr A.-R. Gardner a dessiné 120 différentes formes de pessaires, dont un certain nombre et même quelques-uns proposés

par des médecins distingués, sont, d'après l'auteur, des curiosités d'abomination! C'est qu'on a méconnu les principes fondamentaux de ces instruments, l'anatomie et la physiologie des organes.

L'utérus n'a pas *une* position normale, il en a *plusieurs;* c'est l'organe le plus mobile des organes abdominaux. Sa position normale est celle à laquelle il revient après ses mouvements, et dans laquelle il est en équilibre entre les forces perturbatrices.

Plus de la moitié du corps utérin est libre dans le bassin, et suit les mouvements qui lui sont communiqués par le diaphragme, les intestins et les forces extérieures.

Le centre des mouvements de l'utérus est près du point de jonction du col avec le corps, au niveau de l'orifice interne. Les ligaments utéro-pubiens et utéro-sacrés entourent le col des deux côtés. L'utérus est suspendu entre eux, assujetti latéralement par les ligaments ronds et larges. Le ligament utéro-pubien, s'insérant plus bas que son antagoniste, résiste à un déplacement excessif en haut; le ligament utéro-sacré, s'insérant plus haut, résiste à l'excès du mouvement en bas. Une course de 50 à 75 millimètres dans chaque direction ne sort pas de l'état physiologique. De plus, autour d'un axe transversal passant par ce centre, l'organe se balance de telle sorte que le fond peut s'approcher soit des ligaments utéro-sacrés, soit de la surface supérieure de la vessie.

L'utérus normal, à l'état de vacuité, étant un tube court, à parois épaisses et à petit calibre, ne prend pas aisément une flexion sur lui-même.

Ceci serait absolument vrai, si l'axe utérin était une ligne droite, ce qui n'est pas; c'est une ligne courbée en avant, de telle sorte que, tandis que l'axe du col est parallèle à l'axe du détroit supérieur, et un peu en arrière, l'axe du corps croise celui du détroit supérieur, suivant un angle ouvert en haut de 25 à 50 degrés.

Les gynécologues plus récents, Fritsch, Hart et Barbour, et les auteurs qui ont étudié ce sujet sur des cadavres congelés ou sur le vivant, Pirogoff, Braunn, Scanzoni, Aran, Panas, Martin et Schultze, s'accordent à donner à l'utérus une position un peu plus basse dans le bassin.

Hart et Barbonr affirment qu'à l'état normal, le fond utérin se trouve « aussi près de la paroi vaginale supérieure que le permet la « distension de la vessie, et que la pression intra-abdominale porte « normalement sur la face *postérieure* du fond », qui est normale-

ment et réellement assez antéfléchie, parce que l'axe du col et celui du corps forment un angle de moins de 90°, la cavité utérine présentant une ligne courbe, non anguleuse.

Une expérience clinique de vingt années et de nombreuses nécropsies portent l'auteur à ne pas accepter ces idées et à se rapprocher de celles de Foster, Van de Warker et Ranneg.

Au point de vue mécanique, il y aurait inconvénient à ce que l'utérus s'appuyât sur la paroi supérieure du vagin. La *vague* de la pression intra-abdominale, dans la respiration, suivant l'axe vertical du tronc, frappe d'abord la paroi abdominale antérieure, entre l'ombilic et la crête pubienne, et plus près de cette dernière; de là, elle est réfléchie en bas et en arrière dans l'excavation. Lorsqu'on ramène le périnée en arrière avec un spéculum de Sims, on voit la paroi antérieure du vagin se raccourcir pendant la respiration; la vague déprime le cul-de-sac vésico-utérin, elle a beaucoup moins d'effet sur l'utérus.

L'utérus doit être placé dans la position la plus favorable pour résister à cette force, qui est souvent considérable, et il n'en serait rien si la force s'appliquait directement sur la face postérieure la plus étendue et sur le long bras d'un levier courbe. Dans la position indiquée par Chamberlain, l'utérus présente à la vague la crête de son bord supérieur mince, et offre la résistance maximum de ses fibres longitudinales. La vague est décomposée en deux ondes, dont l'une, probablement la plus forte, s'éteint sur le point où la vessie rencontre l'utérus, là où le mouvement apparent est maximum; l'autre, glissant sur la paroi postérieure de l'utérus, va se perdre sur le rectum.

Par réflexion sur le plancher pelvien, elles agissent toutes les deux pour maintenir l'utérus au milieu du bassin. L'utérus est certainement plus antéfléchi que ne le figurent les livres classiques, les plus récents exceptés.

Vedeler, de Christiania (1), a étudié soigneusement ce sujet; il a examiné un grand nombre de femmes, malades ou non, dans toutes les classes.

Il donne le nom d'antéflexion aux seuls cas qui, dans les idées acceptées jusqu'ici (qui font l'utérus presque rectiligne, et le croient

(1) *Archiv für Gyn.* Band XIX, Heft 2.

à angle presque droit avec le vagin), seraient considérés comme des cas de déplacement.

Sur 3,012 femmes, il trouve :

466 vierges,	avec antéflexion.............	322 = 71	p. 100 malades.			
749 nullipares,	—	495 = 66	—	—		
531 grosses de 2 à 3 mois	—	266 = 80	—	—		
1.465 mères	—	565 = 37	—	—		
Chez les vierges, antéflexion.....	71 p. 100 saines...	60 p. 100 malades.				
— nullipares, —	71 — — ...	56 — —				
— mères, —	37 — — ...	38 — —				

Il prouve ainsi que l'âge et les modifications amenées par l'accouchement et la maladie élèvent, en général, le fond de l'utérus et redressent l'utérus, ou le fléchissent en arrière.

L'antéflexion étant constante avant la puberté, générale dans la grossesse, et se rencontrant chez les deux tiers au moins des femmes bien portantes, est donc l'état normal.

Le traitement mécanique de l'antéflexion modérée *n'est pas indiqué*, et chacun sait qu'il n'a pas donné de bons résultats. On peut dire plus : les variations dans la courbure de l'axe utérin, se rencontrant à peu près aussi souvent chez les femmes qui ne souffrent pas, que chez celles qui souffrent, n'est pas la cause des symptômes qu'elles accusent; il faut la chercher ailleurs. L'auteur croit la trouver dans la rétroversion et la rétroflexion qui accompagnent en général cette descente, et dans la congestion et le frottement causés par ce déplacement.

Avant d'en venir au traitement mécanique, l'auteur pose les données anatomiques et pathologiques nécessaires. Le fond utérin est libre dans le bassin ; la portion vaginale est libre aussi dans le vagin, mais la portion supra-vaginale est solidement fixée ; le péritoine est tendu comme un toit au-dessus, et la voûte vaginale comme un plancher au-dessous ; à ce niveau arrivent les grandes artères utérines qui forment des entrelacements dans les tissus ; de là partent les veines qui déchargent les plexus; ceux-ci, comme un vêtement, enveloppent tout l'organe. Là aussi entrent les nerfs utérins, et s'attachent les ligaments sacrés et pubiens qui limitent le mouvement en haut et en bas; là se trouve le tissu connectif qui unit l'utérus à

la vessie en avant, au rectum en arrière; en ce point aussi se trouve le collier des fibres circulaires qui reçoit l'insertion de la série des fibres verticales et obliques. En dedans, le revêtement s'étend sur des plis nombreux qui couvrent les glandes mucipares. C'est de ce point, vrai centre vital, que part le développement qui commence à l'âge pubère.

C'est de là que partent le plus grand nombre des inflammations utérines; les catarrhes endothéliens et les exsudations paramétriques, qui quelquefois repoussent le plancher du cul-de-sac de Douglas au point d'effacer sa cavité, et rétrécissent tellement par gonflement les ligaments sacro-utérins, que l'entrée en est fermée. Le col ainsi fixé, le fond est repoussé en avant et en arrière, suivant que l'effusion se trouve plus abondante en arrière ou en avant. Quelquefois, les extrémités de l'utérus sont rejetées en bas et en arrière, la portion moyenne étant tirée vers le promontoire; la cavité forme un angle, l'orifice interne est pris par un spasme. Lorsque la congestion cède, l'exsudat prend la forme fibrineuse, une infiltration fibreuse persiste pendant sa résorption, l'utérus demeure fixé dans la direction acquise.

L'état des tissus situés immédiatement au-dessus de la voûte du vagin doit être soigneusement examiné dans tous les cas, apprécié exactement par le toucher, avant d'appliquer aucune force dans cette région.

Il n'est pas toujours aisé de ne pas se méprendre; un examen au spéculum ou bimanuel un peu brusque, une traction faite sur l'utérus pour redresser le canal qui doit donner passage à la sonde ou telle autre manœuvre ordinairement anodine, peut rappeler une cellulite au déclin, ou exagérer une inflammation débutante.

Il n'est pas moins important d'apprécier exactement l'état des tissus situés sous la muqueuse dans le haut du vagin, car ils participent à tous les processus morbides circa-cervicaux. De même que l'utérus subit un développement progressif pour s'accommoder à son fardeau grossissant, de même, le vagin en subit un, qui lui permet de donner passage au fœtus; ils involuent ensuite après l'accouchement.

Si, comme cela arrive, ces phénomènes évoluent incomplètement, le col utérin et le plancher pelvien restent relâchés et inélastiques. Le relâchement est sensible, surtout au point de la plus grande activité vitale, au niveau ou dans le voisinage de l'orifice interne. Le

vagin descend, il se ride et fait prolapsus, d'autant plus que le corps du périnée a été surdistendu ou déchiré. Le vagin est accourci et moins horizontal. Le poids étant plus fort et le support moindre, l'utérus descend jusqu'à ce qu'il rencontre une résistance, la pression intra-abdominale continuant, l'utérus, fixé pour le moment, se fléchit au niveau de la jonction du col avec le corps. S'il n'y a pas d'adhérences ou d'exsudation dans le cul-de-sac vésico-utérin, la flexion se fait ordinairement en arrière; si elle va jusqu'à exposer la face utérine antérieure à la pression réfléchie sur les parois abdominales, elle s'exagère naturellement.

L'ordre des phénomènes est : descente, rétroversion, rétroflexion. La descente est toujours la première. Dans les cas anciens, le fond utérin tombe entre les ligaments utéro-sacrés, tendus par sa descente, et, comme les veines utérines et spermatiques sortent des bords de la matrice elles sont fléchies et comprimées, ce qui gêne le retour du sang. C'est ce qui fait que la rétroflexion présente plus de congestion qu'un degré égal d'antéflexion. Les symptômes subjectifs dépendent davantage de la congestion et de la tension, que de la version et de la flexion en elles-mèmes.

De ce qui précède il résulte que l'antéversion et l'antéflexion demandent ou permettent rarement un traitement mécanique, et que le traitement de la rétroversion et de la rétroflexion doit s'adresser d'abord au premier élément, *la descente*, et que le premier *desideratum* est de rendre au plan vaginal sa direction et sa tension.

Après un essai de nombreux pessaires, l'auteur a trouvé que ces indications sont les mieux remplies par celui qui porte le nom de Albert Smith (1). C'est un anneau comprimé de façon à prendre la forme d'un coin obtus, dont la partie inférieure ou externe présente une courbure inférieure, et la partie supérieure ou interne offre une courbure dirigée en haut; on en trouve chez les fabricants de longueurs variant entre 62 et 100 millimètres. Un grand nombre sont beaucoup trop courbés, et sont si minces qu'ils s'enfoncent dans les tissus et peuvent causer des ulcérations. Le diamètre de la barre doit avoir à peu près 1 centimètre. La différence entre les pessaires grêles et ceux de cette épaisseur, au point de vue du confort, dit le Dr Emmet,

---

(1) Entre autres ouvrages, ce pessaire est figuré dans G. Thomas : *Diseases of Women*, 4e éd., p. 384. (A. C.)

est la même qu'il y a entre chevaucher sur la crête d'une barrière, et sur une large selle.

La figure que donne l'auteur dans son mémoire montre que le bord inférieur du pessaire trouve son point d'appui dans les tissus fermes de l'urèthre et, par eux, sur le bord inférieur du pubis; la partie supérieure s'appuie, non contre l'utérus, mais sur le cul-de-sac de Douglas. C'est surtout dans la fermeté du tissu connectif circa-vaginal que l'utérus trouve son support, et c'est à distribuer également la pression sur ce tissu que tend heureusement cet instrument. *Il faut toujours replacer l'utérus, avant de l'appliquer.* Il maintiendra l'organe dans sa position normale, en imitant l'action des ligaments sacro-utérins, *en tirant le col en haut et en arrière*, et en tendant les ligaments utéro-pubiens, *qui tirent le fond en bas et en avant.*

Même chez les vierges et chez les femmes à vagin étroit, il n'est jamais nécessaire d'appliquer un instrument dont le port est douloureux.

Si l'on a bien choisi ses dimensions, si le pessaire est bien graissé, on pourra, par une pression douce et continue lui faire traverser une vulve qu'une force brusque aurait déchirée. Il doit être absolument couvert par le retrait du vagin, car une muqueuse exposée à l'air subit une dégénération. Il doit être aisément mobile, enlevé souvent; on peut presque toujours enseigner à la malade comment on l'extrait. Plusieurs des clientes de Chamberlain l'ôtent la nuit et le remettent le matin avant de sortir du lit; de cette façon, il ne gêne ainsi point les rapports conjugaux et ne fatigue pas les muscles par une extension continue (1). Les pessaires d'une forme plus compliquée n'ont pas cet avantage. Ces instruments sont généralement faits en vulcanite. MM. Otto et fils en ont fait avec un fil de cuivre couvert de celluloïd; ils sont aussi polis, aussi propres, aussi durables que ceux de vulcanite, une pression suffisante leur donne la forme désirée. On prétend qu'après quelque temps ils deviennent friables. L'auteur ne le croit pas, et il en a perdu un plus grand nombre en vulcanite, en les chauffant, que de ceux en celluloïd, en les brisant.

Presque tous les instruments employés pour les déplacements en arrière sont des modifications du « levier fermé » de Hodge; la plu-

(1) Bon nombre de mes clientes portent un pessaire pour une rétroversion, — généralement un pessaire Dumontpallier. — Le plus souvent, les maris ne s'aperçoivent point de la présence du corps étranger. (A. C.)

part s'appuient en bas sur la face interne du pubis, ce qui leur donne, il est vrai, une plus grande force d'extension. Cet avantage est plus que compensé par les inconvénients. Ils changent le plan vaginal en poussant en haut la paroi antérieure, et peuvent gêner la vessie et l'urèthre; leur fixité absolue ne leur permet pas de s'accommoder aux variations, dans la réplétion des organes; ils risquent donc de produire une pression exagérée. Pour subir le mouvement qui l'entraîne du pubis à la commissure vaginale postérieure, l'instrument doit présenter une courbure approchant du demi-cercle.

Cette courbure déprime trop le plancher vaginal.

Quelquefois on l'exagère encore pour faire porter la barre sur le derrière du col. L'auteur ne trouve aucun avantage à cette modification, qui en général irrite l'utérus, et donne quelquefois un point d'appui, *autour duquel une rétroflexion plus accentuée s'est produite.* Il aime encore moins le pessaire de Cutter (1) qui prend un point d'appui sur le périnée, l'attire en arrière, ouvre la vulve, ne reste pas en place sur la commissure postérieure, mais fixe le col et le pousse en avant.

Lorsque l'antéversion et l'antéflexion sont assez aiguës pour exiger un traitement, ce qui n'est pas très rare, il faut traiter mécaniquement *l'antéversion seule*, en tirant le col en avant dans le vagin, et en se fiant à la rigidité de l'utérus pour ramener le fond en arrière. Dans ce fait, l'auteur recommande le pessaire de Fowler, dont la coupe tire le col en avant, pendant que son plan antérieur, large et plat, fournit un plancher rigide à la base de la vessie. Cet instrument, en remplissant le fond du vagin, en fixant l'utérus, est fort utile aux cols irritables, et soutient bien un ovaire congestionné et en prolapsus. (*Am. J. of Obst.*, 1884, p. 337.)

A. CORDES.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

(*Séance du 4 juin* 1884).

Résorption spontanée d'un thrombus; guérison. — M. PLAYFAIR rapporte l'observation d'une malade qui éprouva des symptômes très

(1) C'est un pessaire muni d'une tige extérieure, fixée contre les lombes; il est figuré dans G. Thomas, *loc. cit.*, p. 385. (A. C.)

graves à la suite d'un accouchement laborieux. Après avoir donné les détails des manifestations pathologiques qu'il a observées, il cherche à démontrer qu'on ne peut les expliquer qu'en admettant l'hypothèse d'un thrombus de l'artère pulmonaire qui se serait résorbé spontanément. Il fait remarquer que la possibilité de la guérison, dans ces cas, a échappé trop souvent à l'attention des observateurs. Dans le même mémoire se trouve une seconde observation analogue à la première.

M. Broadbent a vu la malade dont il est question dans la seconde observation de M. Playfair ; on ne constatait aucun signe morbide du côté des organes pelviens, tandis que du côté des voies respiratoires on remarquait les phénomènes suivants : un ou deux accès de dyspnée, souffle particulier dans la région de l'oreillette droite, accompagné des signes de l'embolie pulmonaire. La malade avait une phlébite de la veine tibiale postérieure gauche, à la suite de laquelle on avait constaté une obstruction de la veine iliaque droite. La guérison fut complète, cependant la jambe gauche était encore un peu enflée.

M. Galabin pense que dans le cas de M. Broadbent, le caillot s'est formé primitivement dans l'oreillette droite d'ou il s'est détaché et a été former une embolie de l'artère pulmonaire.

M. Barnes est d'avis qu'il est très fréquent de voir la thrombose être suivie d'embolie. Il est absolument certain d'avoir observé des guérisons d'embolie pulmonaire.

M. Wiltshire a observé un cas de guérison de thrombose pulmonaire d'origine puerpérale. Il confirme le diagnostic du second cas rapporté par M. Playfair, mais croit que le premier était une endocardite ulcéreuse.

M. Broadbent réplique à M. Galabin qu'il ne croit pas qu'il y ait eu embolie du tronc de l'artère pulmonaire, mais que le caillot s'étendait dans ce tronc depuis la cavité de l'oreillette, qu'un embolus s'était détaché du caillot et avait été lancé dans le poumon. Pour lui, le détachement des caillots se fait par désagrégation.

M. Playfair dit qu'il a déjà réfuté, en d'autres circonstances, les objections qui viennent de lui être faites. Il soutient que la thrombose se fait quelques jours après l'accouchement, tandis que l'embolie ne se produit que deux ou trois semaines après, temps nécessaire pour le ramollissement et le détachement du caillot.

Des révolutions fœtales. — M. Matthews Duncan fait une distinction entre les évolutions et les rotations du fœtus et trouve qu'on n'y atta-

che pas assez d'importance pour l'étude du mécanisme de l'accouchement. Il fait voir la difficulté créée par la courbure spéciale de la filière génitale, dont la forme se rapproche plus de celle d'une parabole que de celle d'un cercle.

Il montre que les mécanismes spéciaux de l'expulsion de la tête, l'extension, la flexion ont été décrits d'une façon imparfaite, et mal interprétés parce que l'on n'étudie pas la part qu'y prend le fœtus par la modification de son attitude nécessitée par la révolution. La révolution comprend en général l'extension de tout le corps fœtal. Il décrit alors les différentes formes de révolution qu'il a observées dans les différentes présentations du fœtus.

M. Galabin critique l'exactitude des principes de géométrie énoncés par M. Duncan et fait l'objection que le fœtus ne peut être comparé à une masse visqueuse.

M. Champneys insiste sur l'importance qu'il y a pour la pratique à posséder des notions exactes de mécanisme, par exemple dans l'extraction de la tête; on peut en effet, dans un cas, faire dégager à la vulve le grand diamètre occipito-frontal, qui est plus petit, et alors déchirer la vulve. L'auteur est convaincu que beaucoup de déchirures reconnaissent cette cause.

Paul Rödet.

REVUE DES JOURNAUX

Mouvements de l'utérus, par Frommel. (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, VIII, 2.) — Des expériences faites du temps de Harvey ont prouvé que c'est la puissance musculaire de l'utérus qui expulse le fœtus. Ce fait a été vérifié chez la femme, dans les cas de paralysie, et des fœtus sont venus au monde après la mort de leurs mères.

Kehrer conclut de ses expériences, que c'est la pression vasculaire et non la qualité du contenu des vaisseaux qui détermine le mouvement musculaire, et que les centres des contractions rhythmiques se trouvent dans le cerveau et la moelle.

En 1864, Frankenhäuser annonça qu'il avait trouvé les centres des contractions de l'utérus dans le cervelet et la moelle, la force se transmet

par le grand sympathique; pour lui, les nerfs sacrés sont les modérateurs de la contraction utérine.

En 1867, il ajoute qu'il existe des nerfs ovariens, en dehors des plexus utérins, qui ont des filets moteurs allant à l'utérus.

Spiegelberg croit que l'utérus a en lui-même son centre moteur. Rein a confirmé cette idée, au moins en ce qui concerne le système cérébro-spinal; car, ayant tranché toutes les connections entre l'utérus et ce système, il a vu l'organe se contracter. Voici ses conclusions:

1° L'utérus est capable de contractions rhythmiques spontanées;

2° A tous les degrés de son développement, il peut les produire. Elles sont plus régulières chez les femelles qui ont porté que chez les nullipares ou celles qui n'ont pas acquis leur développement complet;

3° Un abaissement considérable de la température du corps ralentit les contractions, sans leur rien enlever de leur énergie; si la température s'élève, les contractions s'accélèrent, et si la fièvre est forte, elles s'arrêtent;

4° La régularité de la fonction utérine dépend directement de l'état de la température du corps. Une température élevée a une influence tout particulièrement perturbatrice;

5° Les troubles de la circulation sanguine ont une influence considérable sur les mouvements de l'utérus; la compression de l'aorte les arrête bientôt; la compression de la veine cave produit le même effet, après un temps plus long;

6° Les contractions de l'utérus ne dépendent d'aucun centre extérieur.

Sur la dysménorrhée, par Vedeler, de Christiania (*Arch. für Gynäcologie*, 1883, t. XXI). — Vedeler combat, dans ce travail, la théorie mécanique de la dysménorrhée. Il considère la plupart des accidents douloureux se produisant au moment des règles comme étant d'ordre purement nerveux. On trouve dans ce mémoire de nombreuses statistiques et des observations dont plusieurs sont très intéressantes, relativement à l'histoire des troubles menstruels.

Dans un grand nombre de cas, Vedeler s'est bien trouvé de l'administration de l'ergotine, administrée à faible dose (0,20 centigrammes 3 fois par jour), pendant l'espace intermenstruel. Ce même mé-

dicament lui a donné de bons résultats contre les douleurs utérines associées à un processus inflammatoire. Il le conseille aussi, contrairement à l'opinion reçue, comme antiabortif, chez certaines femmes atteintes de métrite chronique. Ce moyen thérapeutique lui a paru, dans ces circonstances (à la dose de 0,10 centigrammes trois fois par jour), posséder une action bien préférable à l'opium ou à la morphine.

Dr DE SINÉTY.

VARIÉTÉS

L'obstétrique et la gynécologie en Allemagne, par HOFMEIER, assistant de la clinique de C. Schröder, à Berlin (1). — L'auteur signale les dangers de solutions, *même faibles*, de sublimé ; il signale un cas mortel publié par Stadfeld, de Copenhague, et un autre, survenu dans sa clinique ; c'était une femme récemment accouchée et présentant une déchirure complète du périnée. On fit la suture et une irrigation avec une solution au millième. Vers le sixième jour, l'accouchée fut prise d'une fièvre modérée, avec faiblesse du pouls, et mourut le douzième jour, après avoir eu une diarrhée fétide. L'autopsie révéla une destruction gangreneuse de toute la muqueuse du gros intestin, s'étendant dans l'iléon où elle s'arrêtait. L'examen chimique découvrit du mercure dans les tissus malades. Dans le cas de Stadfeld, la solution était de 1/500e. L'accouchée étant prise le cinquième jour d'un peu de fièvre, on lui fit une irrigation intra-utérine de sublimé ; pendant l'injection, elle eut du collapsus ; cinq jours après, elle présenta de la diarrhée, des vomissements et l'anurie.

A l'autopsie, on trouva des ulcérations du gros intestin et une néphrite interstitielle ; mais on ne put retrouver le mercure dans les organes.

Le traitement des suites de couches (période post-puerpérale) a été l'objet des expériences du Dr Von Campe, faites à la clinique de Schröder. 100 cas, considérés comme aussi normaux que possible,

(1) Supplément à l'article inséré dans les *Annales de gynécologie*, 1884, t. I, p. 309.

ont été traités par l'expectation pure. Même après une expectation de trente-six heures, le placenta ne fut pas expulsé spontanément, il fallut l'extraire du col ou du vagin. La perte sanguine, au total, n'a été guère moindre que celle des cas traités par la méthode de Crédé; elle a cependant été moins abondante pendant les premiers jours, et, en revanche, les hémorrhagies ont été plus fréquentes dans les derniers jours. L'exfoliation de la caduque s'est faite assez souvent par lambeaux épais. En résumé, les résultats de la méthode expectante n'ont pas été de nature à faire abandonner la méthode de Crédé, dont les avantages sont indéniables, pourvu qu'elle soit pratiquée prudemment.

Quelques cas de *rétention d'œufs morts* ont été observés ; quelques-uns ont été suivis à la policlinique gynécologique. Dans l'un d'eux, la grossesse était arrivée au quatrième mois; au bout d'un an environ, l'œuf fut expulsé, et présentait le développement d'un œuf de quatre mois; mais l'embryon n'avait qu'un développement correspondant à deux mois.

Dans deux autres cas, le développement embryonnaire s'arrêta presque à la même époque; l'expulsion se fit une fois spontanément et une fois artificiellement; les membranes étaient vides, mais parfaitement fraîches. Les trois femmes eurent des suites de couches absolument normales.

Dans le champ de l'OBSTÉTRIQUE OPÉRATOIRE, il faut citer un cas de *grossesse extra-utérine* tubo-ovarique. La malade, âgée de 40 ans, mariée depuis dix ans, n'avait jamais conçu; elle attendait sa délivrance quelques semaines avant l'opération. On l'anesthésia, mais l'examen ne donna aucune indication précise : on ne put pas démontrer la vacuité de l'utérus; la sonde dirigée à gauche pénétrait à 13 centimètres de profondeur. La malade fut prise de fièvre le soir, avec température élevée; on dilata de nouveau le col avec des tiges de laminaire pour pouvoir explorer la cavité utérine. Le diagnostic n'étant pas encore fixé, on fit la laparotomie. L'ovisac, adhérent de tous les côtés, et contenant un très gros fœtus fétide, fut vidé, bien désinfecté, et détaché de ses adhérences si complètement, qu'il ne tenait plus à l'utérus que par un mince pédicule dont on fit la ligature. L'opérée succomba à une péritonite septique. M. Beauchamp publiera prochainement l'observation détaillée de l'examen de la pièce.

Ce cas prouve que l'on peut, comme cela a été proposé et exé-

cuté par Litzmann et Worth, enlever l'ovisac entier dans quelques cas de grossesse extra-utérine. A la Société obstétricale de Berlin, Veit a proposé d'enlever l'ovisac entier dans les premiers mois de la gestation, et il a, il est vrai à la suite d'une erreur diagnostique, extirpé une trompe gravide au troisième mois. Il a réussi dans ce cas, et dans un cas qui s'est présenté à lui peu après.

Fehling, de Stuttgart, Carl Braun, de Vienne, ont publié des cas d'*opération de Porro*. Sur 4 cas, Fehling a perdu une opérée de septicémie ; il a eu 4 enfants vivants. Sur 12 opérations, Braun a vu succomber 4 femmes; il a obtenu 11 enfants vivants et 1 asphyxié. Dans tous les cas, sauf un, le pédicule a été traité par la méthode extra-péritonéale.

L'opération a été motivée, dans tous les cas, par le rachitisme ou l'ostéomalacie. Ils ont presque tous été traités par la ligature élastique, et le péritoine pariétal a été réuni au péritoine du pédicule. Le moignon a été cautérisé avec le thermocautère et traité à sec. La mortalité totale est de 25 0/0.

Dans la GYNÉCOLOGIE, il faut citer un cas fort intéressant *d'atrophie secondaire des ovaires et de l'utérus*, venue à la suite du *diabète sucré*, chez une jeune femme dont l'activité menstruelle avait jusqu'alors été parfaitement normale. Cette maladie est fort rare pendant la période sexuelle, car le diabète ne se manifeste guère qu'après la ménopause, ce qui masque son influence sur les fonctions sexuelles.

Les gynécologistes allemands vouent une attention continue à *l'irritation de la muqueuse utérine*. Deux auteurs ont publié des mémoires sur ce sujet : Duevelius, de la clinique de Martin : *Contribution à l'étude de la muqueuse utérine*, et Van Campe, de la clinique de Schröder : *Les altérations de la muqueuse utérine dans les fibroïdes*. Le premier a principalement pour but de renverser, appuyé sur des observations anatomiques attentives, les objections des opposants à l'usage de la curette. Il prouve, par des expériences faites à l'amphithéâtre sur un grand nombre d'utérus, la possibilité d'enlever entièrement par le grattage toute la surface interne de l'utérus, jusqu'à la couche la plus profonde où les glandes s'étendent entre les faisceaux musculaires. Dans cinq cas où l'utérus fut ensuite enlevé, il eut la preuve de l'exactitude du diagnostic porté sur l'inspection microscopique des parcelles enlevées par la curette. 60 cas, dans

lesquels la grossesse a suivi le curage, prouvent que cette opération ne rend pas la grossesse impossible.

L'article de Campe traite principalement des changements de la muqueuse dans les cas de myôme. Il a trouvé presque constamment la muqueuse entière malade, ordinairement l'endométrite œdémateuse, associée souvent avec la prolifération profonde des glandes entre les fibres musculaires. Il a rarement rencontré des vaisseaux ectatiques dont la présence expliquerait les hémorrhagies profuses. Cela expliquerait pourquoi le traitement de l'endométrite réussit quelquefois dans les grosses hémorrhagies des myômes.

Dans la *Zeitschrift für Geburtchülfe*, Kaltenbach, de Giessen, rapporte dix *myomotomies*, avec une seule mort; dans tous ces cas, le pédicule a été traité hors du péritoine, d'après la méthode de Hégar.

Kaltenbach croit cependant que la méthode intra-péritonéale, perfectionnée, est celle de l'avenir; il recommande d'opérer de bonne heure.

Küster, de Berlin, s'appuyant sur un cas heureux, recommande, dans les larges myômes du tissu connectif pelvien, d'énucléer, puis de coudre le revêtement péritonéal détaché à la plaie abdominale, afin de séparer entièrement la large plaie de la cavité abdominale. Il faut placer un drain dans le vagin.

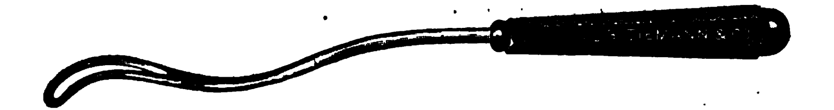
Enfin, Hofmeier raconte deux cas survenus à la clinique de Schröder. Le premier est celui d'une femme qui avait été ovariotomisée le matin; l'après-midi, elle présenta les symptômes d'une hémorrhagie interne. Ouvrant l'abdomen, Hofmeier trouva plusieurs des circonvolutions intestinales distendues par du sang; l'abdomen ne contenait que de la sérosité sanguinolente. Hofmeier referma la plaie; la malade ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, il trouva une infiltration hémorrhagique du mésentère et de la paroi intestinale.

Il observa un fait semblable dans une laparotomie exploratrice, dans un cas où il ne put trouver aucune cause expliquant l'ascite. Schröder s'étant bien trouvé d'employer l'iodoforme dans un cas semblable, fit une aspersion d'iodoforme dans l'abdomen. Le troisième jour, l'opérée vomit du sang, et en rendit dans ses selles. A l'autopsie, on trouva les intestins friables et remplis de sang. Les recherches les plus attentives n'ont pas permis de trouver une cause à ces deux faits. (*Am. J. of Obst.*, 1884, p. 517.)

A. Cordes.

Méthode perfectionnée permettant de pratiquer une fistule vésico-vaginale pour la cure de la cystite chronique, par Ph. Harris. — L'opération, conseillée et pratiquée pour la première fois par le Dr Emmet, pour la cure de la cystite chronique par le drainage permanent de la vessie au moyen d'une ouverture faite dans la paroi vésico-vaginale, peut être considérée comme un des procédés les plus satisfaisants de la chirurgie gynécologique.

L'auteur étant convaincu que c'est le procédé le meilleur à employer dans les cas rebelles, il a cherché à rendre facile le temps de l'opération qui consiste à pratiquer la fistule. Pour cela, il procède de la manière suivante : Une sonde fenêtrée, fabriquée spécialement pour cela, est introduite dans la vessie par l'urèthre; puis on applique fermement la face convexe fenêtrée de la sonde au niveau de l'endroit où l'on veut faire la section de la paroi vésicale. Tandis que les tissus vésico-vaginaux se trouvent ainsi soumis à un certain degré de tension, on plonge un ténaculum à travers ceux-ci jusque dans la



vessie, puis l'on fait passer la pointe de l'instrument à 6 millimètres du point par où on l'a introduit; alors, la sonde ne sert plus à rién; on la retire.

Le point où doit se faire la section est toujours tendu par le ténaculum tenu de la main gauche, et alors on pratique une ouverture à l'aide de ciseaux courbes tenus de la main gauche. Avec un peu d'habitude, on arrive à faire à volonté une ouverture ronde ou ovale.

Des opérations nombreuses ont démontré l'avantage qu'il y avait à combiner l'emploi d'un ténaculum spécial à celui de la sonde. Ce ténaculum doit avoir une lame courbe et forte et être coudé à 85°.

Lorsque l'on pratique une fistule de cette manière, il faut toujours avoir présent à l'esprit le point où les uretères viennent déboucher dans la vessie, afin d'éviter de blesser ces organes. Il faut également faire l'ouverture ovale, pour que les tissus vésico-vaginaux puissent glisser l'un sur l'autre.

Il est facile de comprendre que l'opération pratiquée avec la sonde fenêtrée, le ténaculum et les ciseaux courbes ne présente aucune

difficulté et que, lorsque l'on a bien pris ses mesures, on évite toute espèce d'accidents. (*American Journal of Obstetrics*, mars 1883.)

Paul RODET.

— Nous apprenons que notre excellent ami, M. Pinard, vient d'être frappé dans une de ses plus chères affections. Une de ses filles a succombé à la suite d'une maladie de courte durée. Que notre ami reçoive, à cette occasion, l'expression de nos regrets sincères.

LA RÉDACTION.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Les *Annales de Gynécologie* ont recu :

Des foyers d'auscultation en obstétrique, par le Dr CANTACUZÈNE. — Paris, Steinheil, éditeur, rue Casimir-Delavigne.

De l'hydrorrhée et de sa valeur séméiologique dans le cancer dn col de l'utérus, par Mlle Marie COUTZARIDA. Thèse de Paris, 1884.

Dilatation forcée et discission du col de l'utérus, par le Dr WALTON. — Gand, 1884.

Ueber die contraction der vagina bei Kanincher, par le Dr JASTREBOFF. Extrait de *Archiv für Anatomie und Physiologie*.

Double fistule vésico-vaginale; deux opérations; procédé américain; guérison, par LEUGER, de Liège, 1884.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. PARENT, imp. de la Fac. de médec., A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue M.-le-Prince, 14.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES
MÉTHODE DE BOZEMANN.

Par le professeur Herrgott (de Nancy).

Dans la nouvelle série d'opérations de fistules vésico-vaginales opérées dans les huit dernières années, nous avons plusieurs fois appliqué la méthode opératoire de Bozemann ; ces moyens d'action et ces modifications opératoires n'étaient pas connus lorsque nous avons publié notre travail sur le *Traitement des fistules vésico-vaginales*, auquel la Société de chirurgie a accordé l'honneur de l'insertion dans ses mémoires (1).

Nous avons trouvé des avantages si sérieux dans l'application des préceptes du chirurgien américain, que nous croyons devoir les décrire avant de rapporter nos observations. Ce sera un supplément à notre travail et, dans certains points,

(1) T. VII, p. 483, 1874.

une rectification de quelques préceptes. Faut-il le déplorer ou en rougir? loin de là. L'art est soumis à d'incessantes transformations, les préceptes qu'il formule ne sont valables que jusqu'au nouveau progrès qui imposera de les modifier; heureuse la partie de l'art qui subit de semblables transformations!

Dans notre travail de 1874, nous avions insisté beaucoup sur la *mise à nu de la fistule* comme première condition de l'opération; nous avions montré les avantages que donne la situation que nous avions appelée *pelvi-dorsale inclinée*, et l'emploi d'un *spéculum univalve*, déprimant largement et énergiquement la paroi vaginale postérieure pour étaler devant soi la paroi vaginale antérieure, siège de la lésion; nous disions que nous ne rejetions point systématiquement d'autres positions ni d'autres instruments, si des circonstances spéciales l'exigeaient. Ces circonstances s'étant présentées dans plusieurs cas nouveaux, nous devons dire les avantages que nous en avons obtenus.

Dans un voyage fait en Europe, Bozemann a trouvé, à Vienne, l'occasion de faire une application très large de sa méthode opératoire; dans une lettre sur l'enseignement obstétrical de Vienne, adressée par le Dr A. Herrgott au rédacteur des *Annales de gynécologie* (1), les succès de la méthode de Bozemann sont mentionnés; mais ce sont les deux assistants des cliniques obstétricales, MM. les Drs Bandl et Pawlik, qui se sont chargés de faire connaître la méthode : le premier, dans la *Wiener medizinische Wochenschrift* (2), le second, dans la *Zeitschrift für Geburtskunde* (3).

Je n'ai pas eu connaissance de la publication de ces travaux en France; il nous paraît utile de faire connaître la méthode de Bozemann dans ce qu'elle a de nouveau, d'essentiel et d'utile.

(1) T. VI, p. 373 et suiv., 1876.

(2) 1875, nos 49 et 59.

(3) T. VIII, p. 22, 1882.

« Malgré les publications de Bozemann et de Bandl sur la méthode préparatoire de l'opération des fistules et les résultats qui ont été obtenus, dit Pawlik, en 1882 (1), cette méthode est restée peu répandue et mal appréciée... Il est possible qu'il existe des fistules où la méthode opératoire ne réussit pas ; je n'en ai jamais vu personnellement et je n'ai pas entendu dire par d'autres, qui ont employé cette méthode, qu'il en existât...

« Étonnants sont les résultats auxquels on arrive. Les fistules qui, à première vue, paraissaient inopérables, sont améliorées peu à peu et préparées à la guérison. A la méthode préparatoire incombe la tâche d'éloigner tout ce qui peut faire échouer l'opération. En première ligne se place la *dureté cicatricielle des tissus*, qui empêche l'extensibilité du vagin, et, par ce fait, la connaissance exacte du rapport des parties, qui entrave l'action des instruments pour obtenir des surfaces susceptibles de réunion par première intention, qui empêche surtout la *mobilisation des bords*, ce qui ne permet pas le rapprochement facile de ceux-ci, condition absolument indispensable à la guérison, car quand les bords restent dans un état de tension, la réunion des tissus en contact peut bien se faire pendant que la suture la maintient, mais elle prépare et effectue promptement la déchirure du tissu cicatriciel nouveau, quand les sutures sont enlevées. »

Ce sont là les règles générales applicables à toute opération plastique, dont nous avons pu apprécier la justesse par des succès et un revers, comme on le verra plus loin ; il s'agit de savoir par quels moyens on réalise ces conditions si favorables au succès.

On sait que les tissus normaux du canal vaginal sont très extensibles : sa fonction exige cette propriété physiologique ; on sait aussi que le tissu fibreux cicatriciel, si dur en apparence, n'a pas une aussi grande résistance que le tissu normal ; il s'agit donc de rétablir, en partie du moins, l'extensibilité perdue ou diminuée dans ce qui reste des parois du

(1) Ouvrage cité, p. 22.

vagin, et d'étendre ou de couper au besoin les brides cicatricielles du vagin; c'est ce que Bozemann et ceux qui ont suivi ses préceptes ont obtenu de la façon suivante :

Il faut d'abord faire disparaître ce qui est le résultat de l'incontinence d'urine, l'état d'irritation chronique du vagin, de la vulve et des parties circonvoisines constamment baignées par un liquide irritant; d'enlever ou de faire disparaître les concrétions calcaires dont les parties sont plus ou moins chargées et qui répandent une odeur repoussante.

A cet effet, les bains de siège chauds d'une demi-heure, pris matin et soir, rendent d'importants services; on y ajoute des lotions d'eau chaude pratiquées dans les intervalles, et on touche les parties excoriées avec une solution de nitrate d'argent au 1/10ᵉ. Quand ce traitement préliminaire aura été appliqué pendant quelques jours, les parties génitales et celles du voisinage auront repris un état voisin de l'état normal, et, en tous cas, la malade sera affranchie d'une partie notable de ses souffrances. Les organes génitaux pourront être touchés et explorés sans difficulté et sans résistance du côté de la malade.

A ce moment, on pourra bien mieux reconnaître l'étendue des désordres, le nombre et la direction des brides, et apprécier leur résistance à une dilatation nécessaire, ou l'obstacle qu'elles créent à une action chirurgicale régulière.

Quand ces brides et le tissu sain du canal vaginal auront pu avoir été examinés à l'entrée du vagin d'abord, il s'agit de les *inciser* là où elles résistent le plus et où elles ne permettent pas l'examen des parties plus profondes, et de *maintenir écartés les bords* de l'incision qui ne tarderaient pas à se réunir de nouveau avec une rapidité surprenante.

Avant de procéder à cette opération, il sera nécessaire de donner à la malade un bain chaud pour assouplir le plus possible les parties; le bain de siège chaud joue, dans tout ce traitement préparatoire, un rôle important.

C'est dans la région pubienne, dit Pawlik (1), qu'il faut agir

(1) *Loc. cit.*

avec le plus de prudence et de précautions : une incision faite sans précaution pourrait faire perdre des tissus précieux qui auraient pu être útilisés ; dans cette région, la perte de substance s'étend parfois jusqu'à l'os, et ce qui est à utiliser pour la réunion reste très étroit. Notre observation VIII montre un exemple de ces pertes de substance et de la justesse des préceptes qui sont donnés ici. Un craquement particulier, ressenti par la main qui sectionne et parfois entendu, indique l'étendue qu'il faut donner à l'incision de la bride ; on est obligé parfois de faire plusieurs incisions sur la même bride pour en obtenir le relâchement complet. Le tissu cicatriciel saigne peu, comme on sait, tandis que le tissu sain très vasculaire saigne beaucoup ; cette particularité peut être un indice pour l'action du bistouri ; le bain chaud préalable, dont il a été question plus haut, augmente ces propriétés physiologiques des tissus.

Chaque incision sera badigeonnée avec la solution de nitrate d'argent dont il a été parlé plus haut, afin de couvrir les bords de la section d'une légère eschare, qui s'opposera à une réunion immédiate ; puis on introduira dans le vagin ainsi dilaté une des boules rondes ou ovales, en caoutchouc durci, de Bozemann. Nous avons demandé à Vienne, chez Leiter, toute la collection de boules rondes ou ovales fabriquées sous la direction du chirurgien américain, ainsi que la table pour assujettir la femme dans la position genu-pectorale dont il sera question plus loin. C'est d'après les indications contenues dans le travail de Bandl que nous nous sommes procuré ces appareils.

L'introduction de ces boules ne doit exiger aucun effort ; elles ne doivent que maintenir les parois vaginales et les brides dans le degré d'écartement obtenu par les incisions. Elles ne doivent rester en place que pendant deux heures, ne point causer de douleur. Quand on a successivement élargi et assoupli le vagin, de façon à avoir pu en explorer toutes les anfractuosités, on s'assure que les bords de la fistule, de la perte de substance, peuvent être rapprochés sans effort ; c'est là la chose principale, on peut dire le but essentiel de ce traitement

préparatoire; c'est la condition du succès de l'opération qui devra être pratiquée. Plusieurs circonstances peuvent s'y opposer : la rigidité des parties dont il vient d'être parlé, et contre laquelle a été dirigé le traitement préparatoire; l'exiguïté des tissus restants, qui n'offrent pas assez de surface pour une réunion ; enfin, le peu de mobilité de l'utérus, qui devra pouvoir être déplacé de haut en bas pour combler la perte de substance. Cette immobilité relative peut être due à des processus paramétriques terminés, ou encore en activité inflammatoire ; dans ce cas, toute tentative de dislocation utérine est douloureuse et impose au chirurgien la plus grande réserve, car une paramétrite réveillée non seulement s'opposerait au succès d'une opération plastique, mais pourrait devenir la cause de désordres de la plus haute gravité ; il y aurait donc à instituer un traitement résolutif préalable jusqu'à ce que cette complication ait pu avoir été écartée. Pour constater la laxité des parties et le degré de rapprochement qu'elle permet, on saisira le bord supérieur de la fistule avec un ou deux petits crochets, ou mieux avec une petite pince à griffes; on exercera sur lui de légères tractions pour l'amener vers le bord inférieur; s'ils parviennent non seulement à se toucher mais à se couvrir un peu sans grand effort, le but du traitement préparatoire est atteint et les bords, ainsi mobiles et mobilisés, sont prêts à être réunis. Quand pendant ces tractions on voit se soulever encore quelques brides, qui jusque-là n'avaient pas été aperçues, il faudra les inciser à leur tour, comme cela a été dit plus haut, et avec les mêmes précautions. Si l'utérus est maintenu à une certaine hauteur par des brides paramétriques anciennes, celles-ci peuvent être allongées successivement par des tractions soutenues, qui devront toujours être précédées d'un bain de siège chaud, qui rend les parties plus extensibles.

Dans le travail de Pawlik (1), il est question des précautions à prendre pour bien reconnaître les uretères qui peuvent

(1) Ouvrage cité, p. 27.

avoir été compromis dans la perte de substance; comme nous n'avons aucune expérience personnelle de cette particularité, nous transcrivons textuellement quelques passages de ce travail important.

« Les rétractions cicatricielles déterminent dans les parties molles de telles dislocations, qu'on n'est jamais certain de ne pas saisir un des uretères dans la suture, et *on ne peut évaluer la grandeur de la perte de substance d'après la dimension actuelle de la fistule*... Depuis que mon attention a été appelée sur ce sujet, j'ai vu *dans tous les cas un uretère sur les deux s'ouvrir dans le bord de la fistule ou dans son voisinage*. Si on ne prend pas garde à ces dispositions, on suture l'orifice de l'uretère dans la fistule, ou bien un des points de la suture croise le trajet du canal et le ferme. Ces circonstances sont la cause habituelle de l'insuccès de l'opération. L'uretère se dilate par l'urine : les femmes éprouvent des douleurs dont le siège et le trajet correspondent également à celui de ce canal; elles éprouvent des coliques, la température s'élève, elles ont des maux de tête et les suites ordinaires de rétention d'urine. Ces phénomènes menaçants d'urémie imposent d'ouvrir la suture. Quelquefois l'urine trouve son écoulement à travers les bords de la suture et la guérison est empêchée...

« Pour explorer les bords et les voisinages de la fistule, dans le but de reconnaître l'orifice des uretères, voici comment je procède maintenant : Comme j'avais remarqué que dans les hernies de la vessie la muqueuse tout entière de cet organe pouvait faire saillie dans le vagin, *j'ai pensé imiter en petit le procédé de la nature;* à cet effet, partant du bord de la fistule, j'attire dans celle-ci, successivement, une partie de la vessie, en la saisissant avec des crochets, pour la soumettre à une inspection minutieuse. Deux crochets sont nécessaires, un pour chaque main. On attire ainsi une partie, on l'inspecte; on plante le crochet plus haut, la partie saisie se renverse, et on peut explorer ainsi le pourtour de la fistule. Il faut aussi accorder une attention sérieuse au soi-disant *ectropion de la vessie*. On parvient à le voir facilement en engageant la femme

à pousser : cet effort produit le renversement de la vessie. J'ai toujours trouvé l'ectropion sur le bord supérieur de la fistule, entre les deux uretères, et nous croyons qu'entre lui et ceux-ci il y a quelques rapports. L'ectropion constitue souvent une ou plusieurs tumeurs assez grosses, colorées en rouge foncé, sensibles au toucher et traversées par de nombreux sillons. Il faut les faire disparaître avant l'opération, car on ne peut les utiliser pour l'avivement, en raison de la laxité et de l'état œdémateux des tissus ; on éprouve quelquefois de grandes difficultés à les faire disparaître. Les irrigations avec de l'eau chaude rendent de grands services. Après chacune, on voit la rougeur diminuer d'intensité, les tissus blanchir peu à peu sous l'influence de la rétraction des vaisseaux. Les incisions ont une action rapide, mais elles causent des écoulements sanguins abondants ; on les arrête avec des applications de coton imbibé de perchlorure de fer. Dans un cas, j'ai enlevé l'ectropion en une seule fois, et j'ai arrêté l'écoulement sanguin avec du coton au perchlorure. Des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent peuvent contribuer à le diminuer.

« Je considère la fistule comme bonne pour l'opération quand le vagin se gonfle librement en ballon lors de l'introduction du rétracteur du périnée, la femme étant dans la position sur les coudes et les genoux ; quand on ne voit plus ou qu'on ne sent plus de brides cicatricielles ; quand le col, c'est-à-dire le bord supérieur de la fistule, peut être amené à recouvrir le bord inférieur de celle-ci ; quand l'angle de la fistule qui siège sur l'os (le pubis) peut être assez déplacé pour qu'après l'avivement il offre une prise solide pour la suture, et quand je puis sonder les deux uretères. »

A l'exemple de Bozemann, il opère toujours la femme étant sur les coudes et les genoux, situation que nous ne donnons à nos opérées qu'exceptionnellement, quand elle donne des facilités que la situation pelvi-dorsale inclinée ne donne pas ; nous ne sommes pas exclusifs dans la situation que nous donnons aux malades pour les opérer. La situation pelvi-dorsale inclinée et notre spéculum univalve mettant à nu, d'une façon

si claire et si nette, le champ opératoire, le présente ordinairement à l'action des instruments dans un état de tension si favorable, que quand le résultat n'est pas obtenu nous essayons la situation genu-pectorale, en plaçant la malade sur la table de Bozemann, où la malade est maintenue immobile; plusieurs fois nous y avons trouvé un avantage considérable. Dans l'observation VIII, l'avantage de la situation genu-pectorale a été manifeste : la fistule a pu être mieux vue, mieux appréciée, et est devenue plus facilement accessible au bistouri et aux aiguilles, seulement il faut se rappeler que celles-ci doivent être passées de bas en haut, la partie antérieure du vagin (partie inférieure dans cette situation) donne plus d'espace pour manœuvrer les aiguilles tubulées; il faut donc les passer dans le même sens que dans la situation pelvi-dorsale, et se rappeler que la femme est située en sens inverse. Le défaut de pression abdominale qui dans la situation genu-pectorale se trouve réduite à son minimum, la pression atmosphérique, qui agit sur toute la surface vaginale, étale celle-ci d'une façon plus énergique que quand la malade est placée sur le dos. Tout dépend donc du siège, de l'étendue de la fistule, et de la manière dont elle se prête à l'action chirurgicale dans l'une ou l'autre de ces situations; il est donc bon d'examiner les malades successivement dans ces deux positions, afin de bien apprécier la manière dont la fistule se présente dans chacune de ces positions.

Sans une table appropriée comme celle de Bozemann, la position genu-pectorale n'est pas conservée longtemps par les malades; celles-ci éloignent instinctivement le siège de la main de l'opérateur, les coussins s'affaissent, et la malade se trouve couchée peu à peu sur le ventre, changements auxquels il faut remédier sans cesse. Nous avions plusieurs fois commencé ainsi une opération difficile, et malgré les avantages réels de la situation genu-pectorale dans ces cas, nous avons dû y renoncer, puisqu'à chaque instant l'opération était interrompue par la nécessité de remettre la malade en place. La table est donc indispensable pour donner, avec les avantages

de la position dans certains cas, la stabilité qui ne l'est pas moins dans une opération de précision. Quant au spéculum bi ou trivalve de Bozemann, nous l'avons essayé plusieurs fois, nous avons été obligé d'y renoncer.

Le tableau que nous joignons à ce travail, fait sur le modèle de celui de notre mémoire inséré dans le tome VII des *Mémoires de la Société de chirurgie*, montre que dans la colonne des *soins consécutifs* il n'y a rien d'inscrit; en effet, nous avons depuis fort longtemps renoncé à la sonde à demeure et au cathétérisme fréquent, pour laisser à la malade le soin d'évacuer elle-même la vessie aussi souvent qu'elle en sentirait le besoin. Cette évacuation à l'état physiologique se produit plutôt par un relâchement de l'appareil de clôture, que par une augmentation de la pression du réservoir musculaire. La miction n'exerce pas une tension sur les bords de la suture, n'en cause pas la déchirure; nous en avons obtenu les meilleurs résultats, et opérée et opérateur ont été affranchis de la partie du traitement qui, autrefois, était la plus pénible et la plus astreignante. Nous pouvons donc hardiment recommander de nouveau ce mode de traitement; le cathétérisme n'intervient que quand la miction ne peut se faire, et il a été rarement nécessaire au delà du premier jour.

Observation I.

Fistule vésico-vaginale ; trois opérations ; guérison douteuse.

Mme B..., de Meslay, près Bourbonne-les-Bains, âgée de 35 ans, grande, obèse, dit qu'à la suite de son cinquième accouchement il lui est resté une incontinence d'urine, pour laquelle elle vient demander mon avis d'après les conseils de son compatriote M. le professeur Morel. Sur cinq accouchements, elle n'a eu que deux enfants vivants : premier accouchement, enfant venu mort; deuxième accouchement, un enfant qui vit encore; troisième accouchement, enfant mort; quatrième accouchement, enfant vivant; enfin, cinquième accouchement, 3 octobre 1876, enfant mort. Dans tous ces accouchements, qui ont été longs et difficiles, la présentation avait été naturelle et tous se sont terminés spontanément, même le dernier. La

cause de la difficulté de ces accouchements aurait été la grosseur des enfants et surtout du dernier, qui aurait été du poids de près de 20 livres, dit-elle (langage exagéré de la campagne).

L'enfant est resté pendant sept heures au passage, la tête était sortie des parties génitales, les épaules sont restées pendant cinq heures sans avoir pu passer. On avait essayé des tractions avec le forceps sans résultat. L'enfant fut enfin expulsé, il était mort depuis longtemps.

Le vingt-neuvième jour après son accouchement elle ne put plus retenir ses urines, et, depuis ce temps, elle les perd quand elle est debout, mais peut les conserver, même pendant deux heures, quand elle est assise et éprouve alors le besoin d'uriner, aussitôt qu'elle se lève tout le liquide s'écoule en partie par le canal, dit-elle, en partie par le vagin.

On crut pendant longtemps à un relâchement de la vessie et on lui fit subir un traitement en conséquence. Elle consulta ensuite M. le professeur Michel qui lui dit qu'elle était affectée d'une fistule vésico-vaginale, ce qui est exact.

Depuis son accouchement, la menstruation est suspendue.

20 mars. On examine la femme au spéculum et on voit la fistule ayant la forme d'une fente, admettant une sonde ordinaire. Cette fistule est située à une profondeur qui, mesurée avec le doigt, paraît être de 8 à 9 centimètres de l'orifice vulvaire. On ne trouve pas de sinus indurés dans le vagin; la matrice est mobile et le col a une distance de quelques centimètres de la fistule.

Le 25. Nouvel examen qui confirme ce qui est décrit plus haut; en raison de la profondeur de la fistule, de la laxité du vagin et de l'embonpoint de la malade, qui rend l'accès de la fistule plus difficile, on est obligé de faire faire un spéculum-gouttière plus long que celui dont je me sers habituellement.

Le 27. — *On procède à l'opération* avec le concours de MM. Gross et Chrétien, agrégés, Rohmer et Weiss, étudiants en médecine, et en présence de M. le professeur Morel.

La femme est posée sur un matelas roulé posé sur une table afin de constituer un plan incliné dont la partie la plus élevée se trouve sur le bord de la table. La difficulté de mettre à nu la fistule, moyennant une gouttière de 8 cent. 1/2 de longueur, ayant été constatée, j'avais eu la précaution d'en faire fabriquer une de 10 centimètres. Quoique poussée profondément dans le canal vaginal et dépassant le

niveau de la fistule, elle ne la mettait à nu qu'imparfaitement à cause de la laxité des parois vaginales qui s'enroulaient sur la fistule et la cachaient sous leur pli. Il a donc été nécessaire, pour bien s'orienter, d'abord de pousser sur la gouttière un spéculum plein pour amener la fistule au centre de l'ouverture, de cette manière, les plis étant effacés, on a pu voir au centre du spéculum la fistule longue de 4 à 5 millimètres, large de 3 millimètres, dirigée obliquement de gauche à droite et d'arrière en avant, entourée de quelques lignes pâles cicatricielles s'étendant dans diverses directions. Ces renseignements topographiques nettement obtenus, il devenait plus facile de s'orienter au milieu de ces plis et de mettre à nu la fistule, la paroi vaginale inférieure restant vigoureusement déprimée moyennant la gouttière; des pinces à griffes, les doigts d'un aide et des petits crochets à érigne furent nécessaires pour étaler successivement la muqueuse autour de la fistule, pour permettre l'avivement qui fut fait d'abord sur le bord postérieur de la fistule, ce qui fut relativement facile moyennant un bistouri coudé à long manche avec lequel l'auréole d'avivement fut taillée d'une pièce et enlevée. L'avivement du bord antérieur fut plus long et plus difficile, mais fut pratiqué de la même manière et enlevée en deux fragments. Cet avivement constituait autour de l'ouverture fistuleuse une auréole de 8 millimètres de largeur qui se rapprochait naturellement et se perdait dans les plis naturels du vagin quand on cessait momentanément d'en écarter les parois.

On plaça un premier fil au milieu de l'auréole traversant la lèvre antérieure d'abord, puis la lèvre postérieure; la ponction fut faite à 5 millimètres en avant de l'auréole et la partie de l'aiguille dirigée par contre-pression, avec un crochet mousse à la même distance du bord postérieur; le fil d'argent réunit parfaitement les bords de la plaie, il fut serré de suite dans cette situation et légèrement attiré pour servir de guide au placement de trois autres fils, moyennant lesquels les bords furent maintenus très exactement rapprochés. Déjà, à la suite du rapprochement du premier fil, tout écoulement d'urine par le vagin avait cessé.

Les fils furent réunis en faisceau et coupés de façon à dépasser de 6 à 7 centimètres la fente vulvaire et pliés en haut pour ne pas frotter contre les draps.

L'opération avait duré une heure. La femme fut placée dans son lit et il lui fut recommandé de ne prendre que des bouillons, des boissons légères et d'uriner quand elle en sentirait le besoin.

Le soir, je la revis, elle n'éprouvait aucune souffrance ni incommodité, elle avait uriné spontanément deux fois.

La nuit fut très bonne, elle n'urina qu'une fois et se trouvait très bien et heureuse plus qu'elle ne pouvait l'exprimer de ne plus se sentir mouillée.

Le 29. Journée d'hier et nuit très bonnes, n'a uriné qu'une fois pendant la nuit, ne remarque aucun écoulement par le vagin, n'éprouve pas la moindre souffrance.

Le 30. La malade a éprouvé des maux de rein dans la journée d'hier, et remarqué quelques taches de sang légères, phénomènes qu'elle attribue au retour des règles, mais *elle s'est aperçue aussi quelle était un peu mouillée* sous elle, ce qui, toutefois, ne l'a pas empêchée d'uriner plusieurs fois depuis hier et une fois dans la nuit. La quantité du liquide qui mouille une serviette placée sous elle peut être évaluée à 3 à 4 grammes.

Le 31. Hier dans la soirée, la malade a éprouvé plusieurs fois du ténesme vésical après lequel elle ne rendait que quelques gouttes d'urine; *elle s'est mouillée* dans la soirée et pendant la nuit plus qu'hier dans la matinée. Elle a pris dans l'après-midi deux lavements à la suite desquels elle a eu sans difficulté une selle abondante.

La nuit n'a pas été mauvaise, elle n'a uriné qu'une fois et une fois dans la matinée, il lui semble que l'urine rendue ainsi a été moins abondante, du reste elle a bu fort peu et s'est contentée de potages et d'un œuf.

Ce matin, elle ne souffre plus, on lui prescrit de la tisane de graine de lin légère comme boisson et la continuation du même régime.

1er avril. Souffrances moindres dans la journée. Nuit bonne, mais écoulement d'urine plus abondant, cependant, ce matin, elle dit avoir émis naturellement environ un demi-verre d'urine.

Le 3. Les douleurs vésicales ont complètement cessé, il n'y a plus eu de ténesme, mais depuis hier la vessie ne contient plus de liquide, tout s'échappe par le vagin.

On procède à l'examen de la malade placée sur une table comme pour l'opération. Les fils réunis en faisceau sont déliés. Le spéculum-gouttière introduit, on remarque qu'un des fils est détaché, il ne comprend qu'une petite anse. Un crochet mousse à petit rayon en courbure est introduit dans l'anse de fil qui est légèrement soulevée par le crochet et coupée avec des ciseaux. Les trois fils ayant été enlevés, on constate que les extrémités sont réunies parfaitement et

que le suintement se fait par le milieu à travers un pli longitudinal du vagin, perpendiculaire à la ligne cicatricielle transversale à peine visible.

Sur le spéculum-gouttière on introduit un gros spéculum plein, en bois, pour mieux étaler les plis et mieux voir par où suinte l'urine. Les parties étant soigneusement abstergées avec des petites éponges montées sur tige, on déplisse les plis avec la sonde utérine et on constate que l'*urine suinte bien* comme on l'avait vu avec le spéculum-gouttière *par le centre de la ligne cicatricielle*, par une espèce d'entonnoir. Le *crayon de nitrate y est introduit* et laissé en place pendant quelques instants. On fait une injection d'eau dans le vagin et la malade est replacée dans son lit.

Le 5. La malade n'a éprouvé qu'une douleur insignifiante à la suite de cette cautérisation, elle a pu immédiatement après retenir ses urines; pendant la journée du 3, la nuit du 3 au 4, et la moitié de la journée du 4, la contention de l'urine a été complète et sans ténesme vésical; la malade urinait toutes les trois à quatre heures pendant la journée, deux fois pendant la nuit. Mais, dans la journée d'hier, un peu d'urine a reparu par le vagin, et le drap placé sous la malade s'est trouvé mouillé, mais bien moins qu'auparavant. Pendant la nuit dernière, la malade a uriné une fois. Ce matin nous la trouvons assise près de son lit, avant de monter sur la selle elle urine dans le pot.

Le spéculum plein étant appliqué, on constate un léger écoulement d'urine par le vagin. Les parties sont dans le même état qu'avant-hier, les impressions des fils tendent à se cicatriser. Un peu d'urine s'écoule à l'intersection du pli longitudinal et vertical. Le crayon de nitrate d'argent est introduit dans ce pertuis et la cautérisation est énergique. La malade est ensuite replacée dans son lit, d'où il lui est recommandé de ne pas sortir.

Le 7. La malade n'a point éprouvé de douleur à la suite de la cautérisation. Sa situation s'est améliorée en ce sens que quand elle se tient debout l'urine ne s'écoule plus le long des jambes, mais quand elle est couchée il s'en écoule toujours un peu, de sorte qu'en se levant elle n'urine que peu par le canal.

Elle demande à rentrer chez elle où sa présence est absolument nécessaire et promet de revenir dans un mois.

Deuxième opération. — Mme B... revient à Nancy le 11 mai 1877; sa santé a toujours été bonne, mais la contention de l'urine n'a point

été modifiée par l'opération qui a été pratiquée, ou modifiée d'une manière si peu sensible que son état est absolument le même.

Le 13, il est procédé à une nouvelle exploration moyennant un spéculum plein de gros calibre. On amène dans son aire la région de la fistule, facilement reconnaissable à un grand pli longitudinal croisé presque perpendiculairement par un petit pli transversal. En écartant avec des stylets les lèvres du pli longitudinal, on aperçoit au fond du sillon une plaie d'où s'écoule un peu d'urine quand la femme fait un effort; quand on écarte les plis pour tendre le fond du sillon, on aperçoit une petite ouverture ovalaire dont le long diamètre, dirigé d'avant en arrière, mesure environ 3 à 4 millimètres, le petit diamètre, 1 millimètre. Une sonde utérine y est introduite, elle se perd dans la cavité vésicale. Les plis sont effacés dans tous les sens pour chercher d'autres pertuis, mais on n'en trouve point.

On décide que l'opération serait pratiquée de nouveau le 15 mai. On conseille à la femme de rester tranquille jusque-là, d'observer un régime parcimonieux et de prendre des lavements le 14 au soir et un le 15 au matin.

Le 15. A 9 heures du matin, il est procédé à l'opération en présence et avec l'assistance de MM. Gross, Chrétien, Spilmann, agrégés, Hippolyte et Rohmer, internes, et Weiss, étudiant en médecine.

La femme est placée dans la situation pelvi-dorsale, le spéculum plein est appliqué et sous lui on glisse la valve large de mon spéculum grand modèle; quand le spéculum plein est retiré, la paroi vaginale antérieure qui avait été tendue et laissait voir la région de la fistule, s'affaisse, et les plis sous lesquels elle se trouve marquée disparaissent malgré l'énorme dépression et la longueur exceptionnelle de la vulve. Cet effet avait été prévu, et, pour en faire disparaître les inconvénients, j'avais construit un anneau plus grand que l'auréole, pour l'appliquer autour de la fistule, afin de déprimer la paroi vaginale et la maintenir tendue et fixe comme par le bout du spéculum plein; malgré diverses courbures données à la tige qui supportait l'anneau, on ne réussit pas à obtenir la mise à nu, la fixation et la tension nécessaires à un avivement régulier et précis. Après avoir tenté divers moyens pour obtenir cet effet, je trouvai que les doigts d'un aide appliqués en avant de la fistule et exerçant à la fois une traction en avant et une dépression, produisaient l'effet le moins désavantageux. Un stylet fut introduit dans l'orifice fistuleux, puis la muqueuse vaginale ayant été fixée et tendue autant que possible, je

traçai avec un scalpel droit l'auréole d'avivement qui formait un ovale dont le grand diamètre mesurait 35 millimètres, le petit 25 millimètres, ayant rigoureusement dans son centre l'ouverture fistuleuse oblongue. Quand on abandonnait la partie antérieure du vagin sans la tendre ni la comprimer, les lignes de l'auréole disparaissaient presque dans le pli du vagin.

La dissection de l'auréole fut longue et difficile à cause de la laxité, de la mobilité des parties et de la difficulté de leur maintien; *elle ne dura pas moins de deux heures*, ne causa que peu de douleurs à la malade. Après avoir attendu l'hémostase complète, vérifié avec la plus grande minutie la surface cruentée, laissé de nouveau son contact se produire par le relâchement des parties et leur retour à leur situation normale, il fut procédé au placement des fils. On commença par placer le fil le plus inférieur, le plus profond; il fut nécessaire de traverser successivement chacune des lèvres de la plaie, de réunir les fils placés séparément pour faire traverser par un seul fil les deux lèvres de la plaie, les points d'entrée et de sortie du fil furent placés à 5 millimètres du bord de l'auréole, il ressortait d'une lèvre et rentrait dans l'autre à la partie la plus profonde du sillon d'avivement sans pénétrer dans la vessie. Cinq fils furent ainsi placés de bas en haut, les trois fils inférieurs en deux temps comme c'est indiqué ci-dessus, les deux fils les plus hauts en traversant avec la même aiguille les deux bords réunis de l'avivement; cette opération fut facilitée par une attraction légère du faisceau des fils déjà placés; on dut retirer deux fils pour les placer plus régulièrement. L'application de fils fut faite successivement par une aiguille de Startin à courbure latérale, puis pour la dérnière, par une aiguille de Startin à courbure simple. Quand la réunion fut faite après le placement et la vérification des fils, on jugea utile d'en placer un huitième au milieu. La plaie ainsi réunie formait une ligne dirigée d'arrière en avant. Les six fils furent liés ensemble et le faisceau coupé de façon à ne dépasser que peu la fente vulvaire.

Le vagin fut abstergé, débarrassé du sang et des liquides qui remplissaient sa cavité, ce canal resta parfaitement sec; avant d'entrer dans son lit, la femme urina spontanément sans douleur ni difficulté.

La journée se passa bien, sans souffrances, la femme urina plusieurs fois sans difficulté.

Le 16. L'opérée a très bien dormi, ne s'est réveillée qu'une fois pour

uriner. Elle se trouve très bien, demande à manger, ce qui lui est permis avec modération.

Le 17. Journée d'hier et nuit bonnes, une miction. Selle naturelle ce matin, la malade ne se plaint que de n'avoir pas assez à manger. Même régime, mêmes précautions.

Le 18. Journée et nuit bonnes, une miction pendant la nuit. Une selle ce matin très facile. Pas la moindre douleur et point d'écoulement de quelque nature que ce soit par le vagin. On recommande la même sévérité de régime qu'hier.

Le 19. Journée d'hier très bonne, nuit excellente, une miction. La malade n'éprouve aucune douleur. Elle dit ne sentir rien qui rappelle une opération subie. Même écoulement par le vagin.

Le 20 mai. La journée d'hier et la nuit ont été excellentes. La malade n'a uriné qu'une fois pendant la nuit, cependant ce matin *il lui a semblé remarquer sur son drap une petite tache mouillée de la grandeur d'une pièce de cinq francs*, ce qui malgré sa petitesse l'inquiète beaucoup.

Elle se lève, pour se préparer à se mettre sur la table pour procéder à l'enlèvement des fils et uriner abondamment dans son vase de nuit.

La malade est placée dans la situation pelvi-dorsale ; aucun liquide ne mouille le vagin et ne s'écoule par la vulve.

Le spéculum univalve est appliqué et tenu fortement abaissé; le faisceau des fils est ouvert et les fils sont soigneusement séparés et distingués. On les enlève, il s'écoule un peu de sang par les trajets et on remarque dans le vagin sur la gouttière du spéculum une quantité de liquide plus abondante qu'elle ne devrait l'être. La ligne cicatricielle est un peu béante, écartée de 3 à 4 millimètres, rouge et saignante. Le sang est abstergé avec une éponge, la malade se lève et se recouche dans son lit, pendant tout ce temps elle n'a pas remarqué d'écoulement de liquide par le vagin.

On lui recommande la même précaution, le même repos au lit et le même régime.

L'opérée est vue à 4 heures. La contention de l'urine est complète; elle urine toutes les deux heures avec la même facilité, le lit est parfaitement sec, comme les jours précédents, et elle n'éprouve pas la plus petite douleur ni la moindre gêne ; le maintien au lit est rigoureusement prescrit.

A 8 heures du soir elle s'est sentie mouillée un peu dans son lit, ce

qui lui a causé une pénible surprise. La nuit a été bonne, elle s'est relevée une fois et a uriné comme d'habitude, elle a encore uriné ce matin assez abondamment.

Le 21. Se trouve bien, mais est préoccupée vivement du retour partiel de l'incontinence. On lui recommande le même repos, au lit, les mêmes précautions qu'auparavant. Elle a eu une selle naturelle hier dans la journée sans effort.

Le 22. Depuis cette nuit la totalité de l'urine repasse par le vagin, la femme n'urine plus et ne sent plus le besoin d'uriner.

Le 28. Les lèvres de la plaie sont complètement disjointes et il ne reste plus trace de réunion.

Le 3 juin. Les surfaces sont cautérisées avec le cautère Paquelin, et le lendemain la malade s'en retourne chez elle.

La cautérisation eut pour effet une irritation vive des parties génitales qui s'est étendue aux grandes lèvres et y provoque une assez forte tuméfaction; pendant ce temps la continence de l'urine parut s'amender un peu, mais, au bout de huit jours, la femme remarqua la sortie par les parties génitales de quelques fragments blancs et peu à peu l'incontinence se reproduisit dans les mêmes conditions qu'auparavant.

La malade revint à Nancy à la fin de juillet.

L'examen par le spéculum plein, en buis, gros modèle, qui permet de mieux examiner la fistule, fait voir qu'aucune modification n'est survenue dans l'état des parties, la muqueuse est parfaitement rétablie partout comme si aucune opération, aucune cautérisation n'avaient été pratiquées; on trouve toujours le même entrecroisement de deux plis, l'un longitudinal, l'autre transversal, celui-ci situé à 65 millimètres du méat, très profond (2 centim.), difficile à écarter, laissant voir alors une petite fente longitudinale de 4 millim., qui laisse écouler abondamment l'urine quand on en écarte les bords.

Il est évident qu'aucune adhérence ne s'est produite après les deux opérations et après la cautérisation qui ait modifié l'étendue de la fistule et des tissus circonvoisins.

On se décide à tenter une troisième opération. Celle-ci est pratiquée le 2 août 1879, avec le concours de MM. Chrétien, professeur agrégé, Hippolyte et Rohmer, internes, et Weiss étudiant en médecine.

On applique le spéculum univalve muni d'un manche nouveau légèrement plié en S et muni d'une garniture en bois plus ample pour donner à la main plus de prise et pour permettre une action plus

directement déprimante de la paroi vaginale inférieure ; on reconnaît de suite les avantages considérables de cette modification, toutefois la laxité de la paroi vaginale antérieure est telle, que les plis de la paroi vaginale antérieure s'appliquent les uns sur les autres et cachent profondément la fistule. Ce n'est qu'avec une peine extrême, en agissant avec les doigts des aides sur la paroi antérieure et en se guidant avec la sonde utérine, qu'on parvient à s'orienter convenablement. On trace alors avec le bistouri droit une auréole d'avivement de la longueur de 13 à 14 millimètres, on lui donne une forme elliptique à grand axe dirigé d'avant en arrière ; sans la précaution de tracer les lignes exactes de l'auréole au moment où l'on avait reconnu l'état des parties, jamais on n'aurait réussi à faire un avivement régulier, tellement était grande la mobilité des parties et le changement incessant de leurs rapports. La femme, il faut le dire, rendait l'opération fort difficile et fort laborieuse par son indocilité et son peu de patience, il fallait suspendre la dissection à chaque instant pour remettre la femme de nouveau en place et pour absterger avec les éponges montées sur tiges le sang qui s'écoulait en abondance et qui masquait les tissus.

Ce n'est qu'au bout de deux heures et demie que la dissection de l'auréole d'avivement fut achevée ; pour en apprécier l'exactitude on enleva le spéculum univalve, on appliqua le spéculum rond qui dilatait mieux les parties en les refoulant et en les rendant plus accessibles à la vue, mais ne permettait que très difficilement et dans les plus défavorables conditions d'achever de régulariser l'auréole.

Cet examen démontra qu'il ne restait que très peu de choses à faire pour obtenir une auréole aussi régulière que possible, dont les deux bords fussent naturellement juxtaposés et de même hauteur.

On attendit un peu pour laisser les parties avivées devenir moins sanglantes et on plaça les fils.

On en plaça un dans la lèvre gauche en enfonçant l'aiguille à 5 mm. du bord et au milieu de la lèvre, on fit ressortir l'aiguille au niveau du milieu de la fistule en rasant celle-ci. Un autre fil fut placé symétriquement à celui-ci dans la lèvre droite, le placement de ce fil dut être recommencé, il se fit avec de très grandes difficultés malgré une courbure excellente d'une aiguille allant très bien ; les deux bouts du fil furent réunis au milieu et une traction sur le bout gauche amena une seule anse dans les deux lèvres.

Un second fil fut placé en dessous du premier, un troisième fut placé

au dessus, de la même manière. Avec ces trois fils tenus dans la main gauche on fit une traction qui eut pour effet de rendre plus saillante la partie avivée et déjà réuni par cette simple traction, et de permettre de placer facilement trois autres fils, deux plus profondément, un plus superficiellement. Après s'être assuré de nouveau d'une coaptation exacte et d'une contention d'urine complète par le simple adossement des parties moyennant les anses de fil, ceux-ci furent serrés, réunis en faisceaux et courbés de manière à occuper le centre du vagin et n'appuyer sur aucune partie de ses parois.

L'opération entière avait duré trois heures un quart. La femme fut placée dans son lit, elle souffrait beaucoup et était accablée.

Dans l'après-dîner, elle eut de fréquentes envies d'uriner, qu'elle ne pouvait satisfaire que difficilement et pas toujours.

Pendant la nuit elle souffrit beaucoup de ce ténesme vésical et de cette dysurie; cependant, tout se calma vers trois heures du matin.

Le 3 août, quand je vis la malade elle se trouvait relativement bien, ne perdait pas une goutte d'urine par le vagin et urinait moins souvent et plus facilement.

L'amélioration fit des progrès de plus en plus sensibles les jours suivants, la femme urinait deux à trois fois pendant la nuit, chaque fois beaucoup et toutes les heures pendant la journée, car il lui était recommandé de ne pas laisser s'accumuler de liquide dans la vessie.

Le 10 août, 9e jour, on procéda à l'enlèvement des fils.

La femme fut replacée dans la situation pelvi-dorsale et le spéculum univalve fut appliqué.

Les anses de fil sont enlevées, la ligne de réunion verticale est à peine visible, on ne remarque dans le vagin aucune humidité autre que celle produite par la sécrétion vaginale mêlée à du sang qui sort par les ouvertures des fils.

Le 12 août. La malade dit s'être mouillée au lit, elle attribue cela à un besoin d'uriner qu'elle n'aurait pas satisfait avec assez d'empressement; elle ne sent aucune humidité, urine abondamment quand elle en sent le besoin. Elle se lève et se promène dans sa chambre et se porte très bien.

Le 14. Elle m'écrit une lettre pour me dire qu'elle ne se croit pas aussi bien guérie, elle dit que quand elle n'a pas uriné depuis longtemps et quelle se couche sur le côté droit elle perd un peu d'urine, qu'elle n'en perd absolument pas quand elle est assise et qu'elle se lève ou qu'elle marche, dans ces situations elle est sûre qu'elle n'en

perd pas une goutte, mais qu'elle n'est pas sûre de n'en pas perdre quand elle est dans son lit ou couchée sur le côté droit.

Je pense qu'une exploration actuelle ne pourrait donner lieu à aucune indication opératoire, qu'il est plus avantageux de ne rien faire qui puisse avoir une action fâcheuse sur le tissu cicatriciel nouveau.

Je lui donne le conseil de ne pas laisser s'accumuler d'urine dans la vessie ni de jour ni de nuit et d'attendre quelques semaines avant un nouvel examen. Elle retourne dans son pays le 14 août.

OBSERVATION II.

Fistule vésico-vaginale simple ; opération ; guérison.

La nommée C. Octavie, femme M..., âgée de 23 ans, habitant Saint-Dié, entra au service gynécologique le 9 décembre 1879 pour y être traitée pour une incontinence d'urine résultant d'une fistule vésico-vaginale.

Cette femme, d'une bonne constitution, est mariée depuis deux ans, elle accoucha le 4 janvier, après un travail très long, très pénible, qui dut être terminé par la craniotomie et le forceps.

Pendant ses couches, dont elle guérit, elle eut divers accidents, mais il persista une incontinence d'urine qui date du quatrième jour des couches.

Quinze jours après, on l'examina et on constata l'existence d'une fistule vésico-vaginale, qu'on traita pendant plusieurs mois par des cautérisations au nitrate d'argent, sans aucun résultat.

A son arrivée au service, un examen régulier permit de constater l'existence d'une fistule siégeant à la réunion du tiers supérieur du vagin avec les deux tiers, sous forme d'une dépression infundibuliforme pouvant loger une lentille, et au fond de laquelle existe une ouverture permettant à un stylet de trousse de pénétrer dans la vessie et d'y rencontrer une sonde introduite par le canal.

Le vagin est lisse, extensible, non cloisonné de brides, et, chose extraordinaire, le périnée est intact.

L'opération étant décidée, on y procède le 12 décembre 1879. La gouttière Herrgott, petit modèle, déprime largement la paroi postérieure du vagin, rend presque perpendiculaire la paroi vaginale antérieure qu'un doigt suffit à fixer. En raison de la forme en entonnoir de la dépression qu'il s'agit d'aviver, on y passe un fil métallique,

moyennant lequel on lui donne une forme convexe, qui facilite beaucoup l'avivement et permet de le faire avec une grande précision.

L'avivement achevé, on enlève le fil de maintien et on place 5 fils pour suturer les bords. L'opération a duré une heure. Les suites ont été aussi simples que possible, point de sonde à demeure, miction à volonté ; un peu d'huile de ricin est donnée le cinquième jour.

Les fils sont enlevés le 18 décembre.

La malade a eu le lendemain la crainte de ne pas être guérie, c'était heureusement une erreur. Elle s'en retourna chez elle le 23, n'ayant plus rien perdu depuis le 20. Nous avons eu des nouvelles de la malade qui nous ont appris qu'elle était et restait parfaitement guérie.

Observation III.

Fistule vésico-utéro-vaginale superficielle ; huit points de suture ; sort guérie quatorze jours après l'opération.

La nommée Ch. Delph., née Strib., âgée de 24 ans, femme d'un agent de douanes habitant les environs de Saint-Dié, entre le 30 avril 1879, salle Saint-Charles, lit n° 2.

D'une bonne santé habituelle, elle fut réglée à 17 ans pour la première fois et depuis très exactement tous les mois.

Mariée à 19 ans, elle eut, un an après, son premier enfant, qui était à terme. L'enfant fut amené vivant après version, le travail avait duré trente-six heures.

A la suite de cet accouchement, elle aurait eu une chute de matrice survenue pendant un travail pénible ; la matrice se serait montrée aux parties génitales sous forme d'une tumeur.

Il y a deux ans, elle accoucha une seconde fois à terme très normalement, les suites de couches furent très heureuses.

Le 29 novembre 1878, elle accoucha une troisième fois à terme. La tête de l'enfant, très grosse, resta au passage pendant quatorze heures, dit la mère, et l'accouchement dut être terminé moyennant le forceps.

Au bout de sept jours, quand l'écoulement lochial sanguin eut diminué, elle remarqua qu'elle perdait ses urines. Elle resta alitée pendant plus de deux mois dans la pensée d'obtenir la guérison de cette infirmité ; depuis cette époque, elle perd ses urines complètement quand elle est debout ou assise, un peu moins quand elle est couchée.

Les règles reparurent au bout de trois mois et depuis elles reviennent exactement.

Elle se décide à entrer dans le service gynécologique ; à son entrée, on constate ce qui suit :

En écartant les grandes lèvres, on aperçoit, à la commissure inférieure, une tumeur rosée constituée par la muqueuse vaginale, une rectocèle et non une chute de matrice, comme la malade l'avait cru ; la matrice est en place et en antéversion normale, elle est mobile. En l'examinant au spéculum plein, on constate que le col est divisé en quatre lobes par quatre échancrures, quand on presse sur l'instrument, on épanouit ces quatre lobes qui, en s'écartant, laissent voir la muqueuse cervicale rouge (voy. fig. 1).

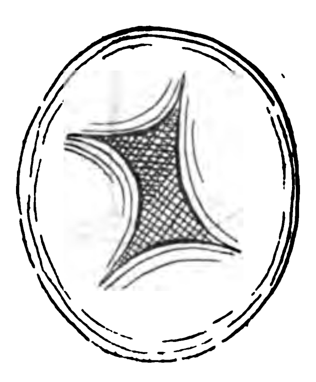


FIGURE 1.

En retirant un peu l'instrument pour le diriger vers la paroi vaginale antérieure, dans le but de rechercher la fistule, on trouve une fente transversale inégale, d'une longueur de 2 à 3 centimètres, à laquelle se joint, vers le milieu, une autre fente presque perpendiculairement, d'une longueur de 15 à 18 millimètres, dont l'extrémité se dirige un peu à droite. A la jonction des trois lignes, on constate un point de la grosseur d'un pois d'une coloration rouge vif (voy. fig. 2). En retirant un peu le spéculum pour exercer une pression moindre, ces lignes deviennent moins marquées, et le point rouge disparaît.

Afin d'obtenir une idée plus exacte de l'état des parties, on applique le spéculum gouttière univalve de Herrgott, et en déprimant avec cet instrument la paroi vaginale postérieure, et en étalant au-dessus la

paroi vaginale antérieure, on met à nu ce que cachait la laxité des parois vaginales. Les trois plis en forme de T sont énergiquement écartés, et le point rouge qui avait été aperçu et reconnu pour être constitué par une hernie de la muqueuse vésicale augmente considérablement et a en ce moment la forme d'un ovale, long dans le sens transversal de 2 centimètres et d'un peu plus de 1 centimètre d'avant en arrière, la forme et la dimension de cette hernie représentent exactement la perte de substance de la paroi vésico-vaginale qui est limitée en arrière par la base de la lèvre antérieure du col. En introdui-

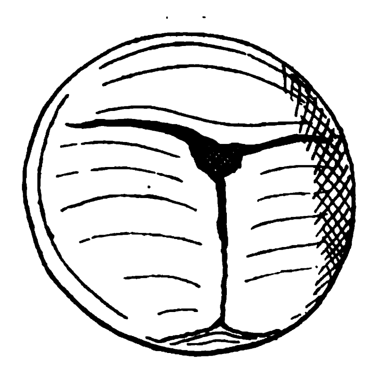


FIGURE 2.

sant une sonde dans le canal de l'urèthre, on en fait sortir l'extrémité au-devant de la muqueuse vésicale, et on la dirige en tous les sens sans aucune difficulté et sans occasionner de douleur (voy. fig. 3).

En présence de cette disposition des parties, on pensa d'abord que la réunion se ferait le plus avantageusement dans le sens des plis qui cachaient la fistule et qui produisaient un commencement de contention urinaire dans la position couchée, mais après avoir constaté la mobilité et la laxité de la paroi vaginale antérieure, qui permettraient tous les mouvements désirables, on a pensé à la solidité que donnerait à la suture la lèvre antérieure du col, à l'avantage qui résulterait pour la guérison d'une réunion transversale légèrement courbe autour du col, qui ne serait entrecoupée par aucune jonction perpendiculaire. On pencha donc, dès ce moment, pour ce mode de réunion.

Un nouvel examen fut fait le 9 mai, et ayant donné le même résul-

tat, il fut procédé de suite à l'opération en présence des élèves de la clinique, et elle fut pratiquée de la manière suivante : la femme fut placée en situation pelvi-dorsale inclinée, les parties ayant été bien étalées avec le spéculum gouttière et maintenues ainsi vigoureusement ; l'auréole d'avivement fut tracée tout autour de l'ouverture anormale, à une distance de 8 millimètres des bords. Elle tomba naturellement sur la lèvre antérieure du col. L'avivement est commencé à l'angle gauche de la lèvre inférieure d'avivement, c'est-à-dire sur le col, là elle est enlevée d'une pièce avec assez de facilité, la dissection a offert sur le bord antérieur plus de difficultés à cause de la

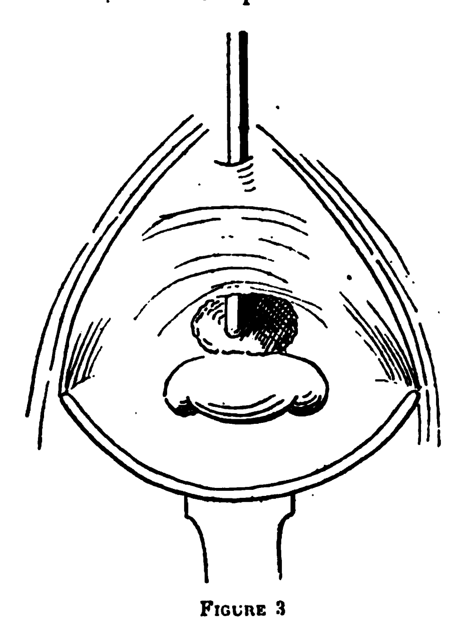


FIGURE 3

laxité de la paroi vaginale qui ne peut que difficilement être maintenue dans un état de tension suffisante pour obtenir dans l'action une précision voulue. On y arriva pourtant et on égalisa la surface d'avivement comme fond et comme bords, moyennant des ciseaux longs courbes.

Huit fils métalliques furent nécessaires pour obtenir une réunion parfaite des bords avivés et une occlusion complètement étanche.

La ligne de réunion décrivait un fragment de cercle autour du col et ne présentait aucun tiraillement des parties.

Le faisceau de fils fut réuni avec du diachylon ; on lui donna une courbure de façon à ne le pas faire appuyer sur la paroi vaginale, on recourba en haut ce qui dépassait le vagin pour éviter tout frottement contre le lit.

Le vagin ayant été lavé et abstergé soigneusement, la femme fut portée dans son lit. Elle n'éprouva point de souffrance, urina spontanément, sans effort, pendant la journée et une fois seulement pendant la nuit.

Le jour de l'opération, le thermomètre monta à 37.4 (et depuis il a toujours oscillé entre 37 et 36).

Le 10 mai. Journée bonne ; vagin sec, urine quand elle en sent le besoin, urine claire.

Le 11. Même état.

Le 12. L'opérée a ressenti depuis hier soir quelques douleurs en urinant, quelques tiraillements dans la plaie, le lit n'est pas mouillé, pas même par quelque sécrétion vaginale. Comme elle n'a pas été à la selle depuis l'opération, on lui donne 15 grammes d'huile de ricin.

Le 13. Selles abondantes, se trouve bien.

Le 16. On enlève les fils ; on trouve une réunion exacte.

Le 20. On procède à un examen complet. On a de la peine à reconnaître la place où a été la suture, car la paroi vaginale, lâche, forme un bourrelet qui recouvre la ligne cicatricielle, l'on reconnaît quelques lignes perpendiculaires qui sont les traces laissées par les fils métalliques.

On permet à la femme de se lever.

Elle sort le 24 mai pour s'en retourner chez elle.

Observation IV.

Fistule vésico-vaginale double ; opération ; guérison.

La femme D..., âgée de 38 ans, née à Molsheim, demeurant à Tomblaine, entre à la Clinique obstétricale le 20 mai 1879, pour une incontinence d'urine, salle Saint-Charles, n° 3.

D'une bonne santé habituelle, réglée à 17 ans et, depuis, toujours régulièrement, sauf pendant ses grossesses. Mariée à 18 ans, elle a eu neufs grossesses. Les huit premières se sont bien passées, sont arrivées à terme, après un travail qui a toujours été long. Après le huitième accouchement, elle dit avoir perdu ses urines dès le cinquième jour.

Cette incontinence dura sept semaines et cessa sans aucun traitement.

Elle accoucha pour la neuvième fois, à terme, le 23 décembre 1878, après un travail qui dura trente-six heures et qui dut être terminé par le forceps. L'enfant était mort.

Le même jour, elle remarqua qu'elle ne pouvait conserver ses urines; cet état persiste toujours.

Au mois de mars, elle fut réglée de nouveau, et depuis, aux moments voulus, elle le fut pour la dernière fois vers la fin d'avril.

A son entrée, le 20 mai, on l'examina au spéculum plein et on constata que le col, situé assez profondément, était divisé en quatre ou cinq lobes, par des échancrures profondes; la lèvre antérieure semble

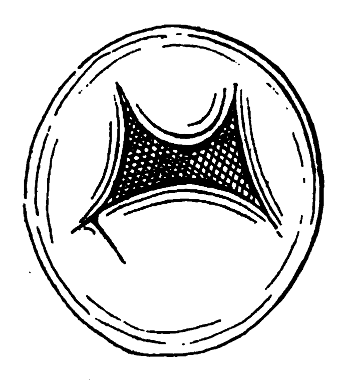


FIGURE 4.

en partie détruite; quand, en appliquant l'extrémité du spéculum sur la base du col, on fait entre-bâiller la cavité cervicale, on en aperçoit la muqueuse d'une coloration rouge foncé; on peut faire pénétrer la sonde utérine à une profondeur de 7 centimètres. En retirant le spéculum petit à petit, on voit le col disparaître derrière les plis du vagin, mais entre ceux-ci, on ne remarque aucune trace d'orifice fistuleux.

A l'aide du spéculum univalve de Herrgott qui permet de déprimer énergiquement la paroi vaginale postérieure, et d'exercer une tension considérable sur la muqueuse de la paroi antérieure, on met à nu un pli qui semble être le prolongement de l'échancrure antérieure droite. En dirigeant vers ce pli le cathéter, introduit dans la vessie pendant que la sonde utérine était en place, on voit son bec pénétrer dans le vagin par le sommet du pli (voy. fig. 5). On avait donc trouvé le siège

de la fistule, il s'agissait maintenant d'en bien examiner le pourtour; pour cela, on fait usage d'une gouttière d'un modèle plus grand; ce fut alors seulement qu'on put voir qu'il y avait deux fistules (voy. fig. 6), et non une seule, comme on l'avait pensé, situées dans le même pli, distantes l'une de l'autre de 4 a 5 millimètres, séparées par du tissu

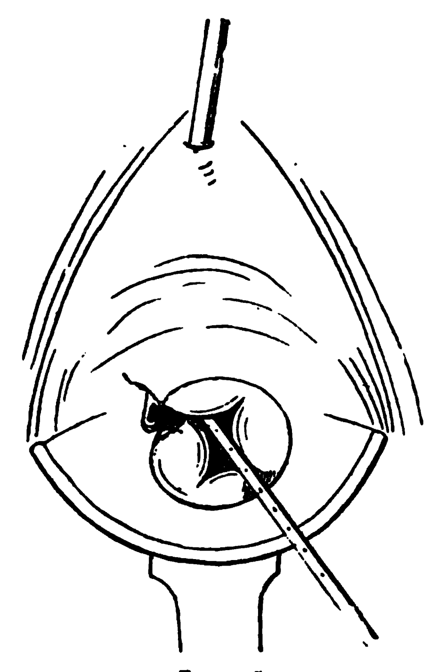


FIGURE 5.

rouge. La fistule supérieure (1), la plus grande, d'une forme ronde, avait un diamètre de 6 millimètres. Elle admettait facilement une sonde de femme ordinaire qui s'y mouvait librement; la fistule inférieure avait la forme d'une fente transversale admettant également la sonde, mais moins aisément; au-dessous de celle-ci il y avait une surface de un centimètre, jusqu'à ce qui reste de la lèvre antérieure du col.

Cette constatation nouvelle modifia le procédé opératoire que M. le professeur Herrgott s'était proposé de suivre; on avait pensé pouvoir

(1) Dans la situation où l'examen est fait.

circonscrire l'ouverture unique par une auréole d'avivement ovale, dont le grand diamètre aurait été tranversal ; on ne pouvait circonscrire les deux ouvertures par une seule auréole, qu'en donnant à celle-ci une forme ovalaire, dont le grand diamètre serait dirigé d'arrière en avant et de gauche à droite (1).

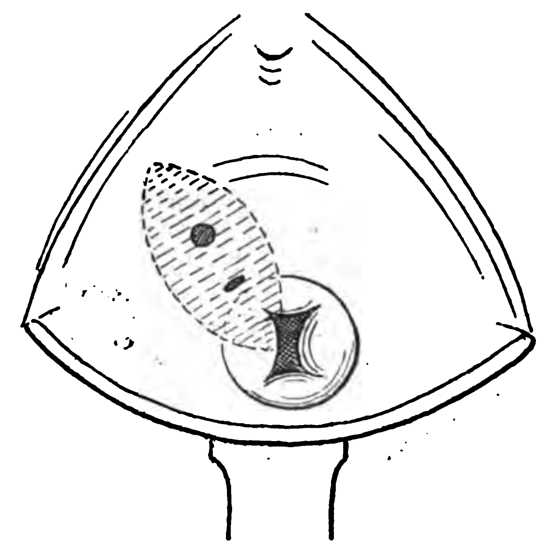


FIGURE 6.

Les tissus ayant été maintenus en tension suffisante, moyennant le spéculum grand modèle et une érigne implantée un peu au delà de la limite de l'auréole d'avivement en avant et à droite, la dissection de l'auréole tracée exactement put être faite sans difficulté ; elle avait une longueur de 35 millimètres, une largeur de 25 millimètres. Six fils furent nécessaires pour obtenir une réunion linéaire exacte.

Après l'opération, qui fut pratiquée le 24 mai, et qui dura environ cinq quarts d'heure, la malade fut reportée dans son lit.

Le même jour, la malade eut un frisson à six heures du soir, qui

(1) Notre 5e observation, publiée dans les Mémoires de la Société de chirurgie, t. VII, présente une disposition analogue, moins l'inclinaison de l'ovale.

dura pendant une demi-heure, et qui fut suivi de céphalalgie et de chaleur; T. 37,8. La malade urine sans difficulté, mais assez souvent. On prescrit de la tisane de graine de lin.

Le 25, 2e jour. On ne constate rien de particulier, la malade urine assez souvent, la nuit est bonne; la température est à 36,8.

Le 26, 3e jour. Même état, sauf plus de fréquence dans les envies d'uriner; les urines sont un peu troubles et ont une légère odeur alcaline, il est impossible de méconnaître un commencement de cystite, qui, dans la nuit du 26 au 27, se manifeste par du ténesme vésical.

Le 27, 4e jour. On s'assure, par le cathétérisme, que la vessie se vide et que l'urine n'est pas stagnante dans le réservoir. Les urines sont plus alcalines, bleuissent fortement le papier, déposent du mucus jaunâtre, dans lequel on trouve des globules de pus, des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

On prescrit une potion avec de la teinture de benjoin et du laudanum. La malade se sent mouillée, mais ne sait si c'est par le vagin où à cause des envies fréquentes d'uriner. On la sonde, et on trouve dans la vessie une certaine quantité d'urine.

La malade n'ayant pas été à la selle depuis le jour de l'opération, on lui donna un lavement laxatif, qui eut pour résultat une selle liquide abondante et un grand soulagement.

Le 28, 5e jour. La femme a été sondée toutes les deux heures, depuis ce moment, elle n'a plus perdu d'urine.

Le.29, 6e jour. Même état; moins de souffrance du côté de la vessie, mêmes précautions, même traitement : opiacés et basalmiques; l'urine est plus claire, on y trouve de l'acide benzoïque et de l'acide hippurique.

Le 30, 7e jour. La malade s'est sentie mouillée encore un peu ce matin, cependant elle a uriné dans le bassin une quantité d'urine qui peut être évaluée à environ 300 grammes; cette urine est claire, non floconneuse, mais conserve encore une légère odeur ammoniacale.

On procède à l'*enlèvement des fils*, en commençant par le plus superficiel. Après l'enlèvement du sixième, le plus profond, on constate une réunion parfaite de la plaie, toutefois on voit sourdre de la partie la plus profonde une petite quantité d'urine, surtout quand le spéculum univalve est fortement déprimé. Il paraît y avoir là un pertuis non fermé; serait-il le résultat du passage d'un fil ? Ce ne serait pas impossible, mais on ne pourrait le certifier.

La réunion dans toute la partie accessible à la vue est aussi parfaite que possible, elle constitue un bourrelet dirigé obliquement d'avant en arrière et de droite à gauche, qui s'arrête au-devant d'une surface muqueuse rouge, la cavité cervicale.

La malade est replacée dans son lit sans autre recommandation que celle d'uriner aussi souvent qu'elle en sentira le besoin.

Le 31, 8e jour, la malade s'est mouillée, mais fort peu; quand elle s'assied sur le lit, elle ne perd rien, mais dans le décubitus dorsal, il passe de l'urine par le vagin.

Les jours suivants se ressemblent, en ce que la femme perd toujours un peu d'urine dans certaines positions, que l'urine reste encore alcaline, mais claire.

A dater du 10 juin, la malade ne s'est plus sentie mouillée, elle conserve toujours encore un peu de ténesme.

Elle rentre chez elle le 22 juin, ne perdant plus d'urine.

Au commencement de mas 1880, elle a succombé chez elle à la suite d'une fièvre typhoïde; nous avons appris cet événement quelques semaines après sa mort.

Observation V.

Perte de substance de la plus grande partie de la paroi antérieure du vagin ; hernie de la muqueuse vésicale à travers un orifice admettant deux doigts ; brides cicatricielles ; déchirure complète du périnée ; anus s'ouvrant dans la partie inférieure du vagin ; contention des matières fécales ; opération ; succès apparent plusieurs jours après l'ablation des fils, définitivement, insuccès ; la moitié seulement de la suture persiste ; quelques mois après, fièvre typhoïde ; mort.

La nommée C..., Marie (des Vosges), âgée de 25 ans, eut une couche très longue, très difficile, dans un des hameaux des Vosges, où elle ne put recevoir que des secours très tardifs. L'enfant vint mort, elle fut très malade et pendant plusieurs mois ; elle guérit toutefois avec une incontinence complète d'urine et une incontinence des matières fécales qui fut complète dans les premiers temps, qui s'améliora et qui finit par guérir complètement. Elle dit avoir perdu des peaux fétides par les parties génitales.

Quand elle fut assez bien rétablie elle vint à Nancy dans le courant de 1875, et elle fut admise à la Clinique de M. le professeur Stoltz, qui essaya de préparer la malade à subir une opération qui fut pratiquée

à la fin de juillet 1876 et qui ne fut suivie d'aucun résultat ; une seconde opération fut tentée en juin 1877, qui n'eut pas un résultat meilleur que la première. La pauvre fille ne voulut pas s'en retourner chez elle avec son infirmité, et demanda à rester à l'hôpital où elle remplit avec beaucoup de zèle les fonctions d'une fille de peine.

Je fus chargé de la clinique obstétricale après la retraite de notre éminent maître et voici dans quel état je trouvai la malade dans le commencement de mai 1879, alors qu'elle vint me supplier de vouloir bien faire quelque chose pour elle.

En écartant la fente vulvaire, on met à nu immédiatement quatre orifices superposés presque directement, l'orifice du canal de l'urèthre (voy. fig. 7), au-dessous, à une distance de 15 à 18 millimètres,

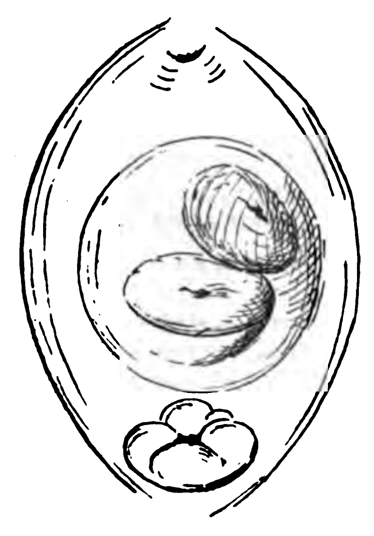


FIGURE 7.

l'orifice artificiel de la vessie représenté en ce moment par une saillie rouge de la muqueuse vésicale herniée ; au-dessous et un peu à droite, le col de la matrice, puis, à une distance au-dessous de lui de 15 millimètres, l'orifice anal représenté par un bourrelet de la muqueuse renversée. La ligne transversale au-dessus de la muqueuse vésicale renversée représente l'arcade du pubis. La matrice, le point le plus profond des organes, se trouve à une petite profondeur. En

voyant par quoi est constitué en ce moment le canal vaginal, on se fait une idée de la perte de la substance qu'il a subie. A gauche du col se trouve une bride cicatricielle dure qui le sépare de l'ouverture fistuleuse de la vessie qui, quand la hernie vésicale est réduite, admet facilement deux doigts.

Malgré les sollicitations journalières de cette malheureuse fille je reculais devant l'idée d'une intervention, car ce qui restait de tissus paraissait trop étroit, aussi bien pour tenter une occlusion vaginale que pour l'occlusion de l'ouverture vésicale, et, de plus, altéré par le travail de réparation ; il aurait fallu pouvoir assouplir ces parties rendues rigides et inextensibles, notre honoré maître l'avait essayé, moyennant des éponges et d'autres moyens dilatants, sans succès. Aujourd'hui que nous connaissons la méthode de préparation de Bozemann que nous avons appliquée à l'opération n° 8, nous regrettons bien vivement de n'en avoir pas fait bénéficier notre malade.

Après quelques examens successifs, nous nous décidâmes enfin à opérer notre malade.

L'opération fut pratiquée le 1er juillet 1879, en présence des élèves et avec le concours de MM. Gross, Herrgott, agrégés, Dr Gaulard, (d'Epinal), Pitoy (de Nancy), Schmith, interne, Ganzinotti et Lépagnie, externes, Mlle Henry, sage-femme en chef, nous prête aussi son concours empressé.

La petitesse de l'orifice vaginal si rétréci, à gauche surtout, par des brides cicatricielles ne permet pas l'introduction d'un spéculum ; les doigts des aides étalent le pourtour de l'ouverture vaginale, pendant qu'un doigt déprime la paroi vaginale postérieure ; de cette façon, on voit exactement l'orifice vésical bouché par la muqueuse renversée formant une tumeur de la grosseur d'une mirabelle, au sommet de laquelle on voit un petit tubercule d'où sort de temps en temps un jet d'urine ; c'est évidemment l'orifice vésical de l'uretère gauche, ce qui permet de bien préciser que la perte de substance occupe le côté gauche du trigone vésical, puisqu'en refoulant la saillie de la muqueuse, il se replie en haut et en arrière.

La perte de substance est limitée en arrière directement par le col, dont la lèvre antérieure, qui devra être avivée, mesure une longueur de 7 à 8 millimètres.

On s'assure encore exactement de l'état des parties et de la mobilité de la matrice en y introduisant une sonde utérine, moyennant la-

quelle on apprécie de combien elle peut être soulevée en avant, à gauche et à droite.

Ces constatations faites, on trace autour de l'ouverture de la vessie une auréole d'avivement de 8 à 10 millimètres.

Comme il importe de donner à la lèvre antérieure du col toute la mobilité possible pour lui permettre de s'adapter à la lèvre antérieure de l'ouverture anormale directement appliquée contre l'arcade pubienne, on fend à droite et à gauche l'orifice cervical moyennant l'hystérotome double de Mathieu.

On procède alors à l'avivement en commençant par la lèvre antérieure du col, puis on monte à droite en haut ; on dissèque la partie supérieure de l'auréole, pour pouvoir atteindre la partie gauche ; on sectionne la bride gauche derrrière laquelle une partie du bord de la fistule était cachée. Les parties ainsi mises à nu, l'auréole est enlevée en deux parties.

Après quelques moments de repos pour la malade, l'opérateur et les aides, tout le pourtour est examiné avec soin et régularisé; puis on procède *au placement des fils*. On les passe d'abord au nombre *de six* dans la lèvre supérieure, le point d'entrée à 6 ou 8 millimètres du bord de l'auréole, le point de sortie à 1 millimètre de la muqueuse vésicale. On en place autant dans la lèvre postérieure de l'auréole formée par la lèvre antérieure du col, en commençant par le bord vésical de l'avivement et en les faisant sortir dans le col. La distance de ces fils est calculée de façon à correspondre exactement à ceux de la lèvre supérieure ; on réunit ensuite les fils de la lèvre supérieure à ceux de la lèvre inférieure pour ne former qu'une anse. On les rapproche successivement de façon à ne pas forcer les choses, mais à les rapprocher petit à petit et à répartir sur les six fils les efforts de réunion ; puis, les bords s'étant trouvés réunis, les fils sont arrêtés par la torsion. En passant en revue toute la longueur de la plaie, on trouve utile de placer encore *deux fils* qui sont passés moyennant l'aiguille tubulée à travers les deux lèvres à la fois.

La malade a eu dans la soirée un frisson assez intense avec quelques douleurs abdominales ; T. 38.2, des envies fréquentes d'uriner et des douleurs pendant la miction. Pour éviter tout effort, on la sonde souvent, les urines sont foncées, un peu sanguinolentes.

2 juillet. Même état, T. 37.6, douleurs moindres, mais urines troubles. Pas de suintement.

Le 3. Même état.

Le 4. Encore quelques douleurs en urinant, mais pas dans l'intervalle. Urines plus claires. La malade croit avoir perdu un peu d'urine par le vagin, cependant elle urine dans le vase beaucoup et en sent bien le besoin.

Le 5. Les urines recueillies pendant la nuit sont troubles et forment plus d'un litre, elles sont ammoniacales, et il y a toujours un peu de suintement par le vagin.

Le 6. Même état sauf amélioration dans l'état des urines. Céphalalgie le soir qui a empêché le sommeil.

Le 7. Même état quant à l'écoulement des urines par le vagin et la miction volontaire. Dérangement intestinal.

Le 8. On enlève les fils et on constate que la réunion s'est faite dans la plus grande partie de la plaie, l'angle inférieur seul n'est pas réuni. La malade continue à uriner volontairement, près d'un litre et demi dans le vingt-quatre heures, et à se mouiller. Elle se croit presque guérie.

L'état de la malade se continue ainsi, à quelques variations près, jusqu'au 19, où il est procédé à un nouvel examen, et l'on constate que l'ouverture fistuleuse trouvée lors de l'enlèvement des fils s'est peu à peu agrandie, de façon à reconstituer une ouverture du diamètre de 1 centimètre, admettant l'extrémité du petit doigt (non deux doigts comme au commencement). Cette ouverture est bouchée par le bourrelet de la muqueuse vésicale exactement appliquée sur l'ouverture comme une soupape, disposition qui explique comment la femme a pu conserver hier près de deux litres d'urine dans la journée.

On laisse la malade se lever et reprendre sa vie habituelle pour rétablir complètement sa santé, et on se propose de lui appliquer un traitement préparatoire dans quelques mois d'ici.

Au mois d'octobre, elle prend la fièvre typhoïde à la suite de laquelle elle succombe. Les pièces recueillies et conservées prouvent l'exactitude de la description des parties qui avait été faite après l'examen sur le vivant.

A quelle cause faut-il attribuer cet insuccès et comment aurait-il été possible de le prévenir ou de le réparer à une nouvelle tentative opératoire.

L'insuccès de l'opération est dû incontestablement au manque de souplesse des bords avivés mis en contact ; l'élasticité des parties non suffisamment rétablie a été la cause d'une traction incessante sur les parties mises en contact moyennant les fils, ceux-ci enlevés, la trac-

tion s'est reproduite avec toute son énergie et, une fois la moindre disjonction produite, elle devait s'agrandir sans cesse jusqu'à ce qu'elle se soit trouvée anéantie de nouveau.

Il fallait donc, par un traitement préparatoire, assouplir ces parties, les rendre plus faciles à rapprocher et ne tenter la réunion qu'après que le traitement préparatoire aurait produit tout son effet. L'observation VIII, qu'on lira plus loin, montre des dispositions encore plus défavorables que dans celle-ci, dont on a triomphé. Nous avons vivement regretté de ne connaître que plus tard le traitement préparatoire de Bozèmann et les succès qu'il prépare dans des cas très difficiles. Nous nous disposions à en faire l'application à ce cas si la femme n'avait pas succombé pendant les vacances à une fièvre typhoïde.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

NOUVELLE MÉTHODE D'EXTIRPATION PARTIELLE DE LA MATRICE

DANS LE CAS D'AFFECTION CARCINOMATEUSE.

Par le Dr Ely Van de Warker.

Une observation d'hystérectomie suivie de l'ablation d'un rein, communiquée par le Dr Bœckel à la Société de chirurgie, devint le point de départ d'une discussion sur le traitement du cancer de l'utérus, qui se poursuivit durant les séances du 4 et du 11 juin, du 2 et du 9 juillet. Au cours de cette discussion, les chirurgiens français, d'un accord unanime, en faisant néanmoins pour l'avenir des réserves plus ou moins grandes, rejetèrent l'opération de l'ablation totale de la matrice, comme méthode de traitement du cancer de cet organe et se prononcèrent en faveur des interventions palliatives. Cette opinion unanime fut du reste justifiée par des statistiques très concluantes, apportées à la tribune, auxquelles le savant collabora-

teur aux *Annales de gynécologie*, M. Gallard, fournit le double appui des résultats très confirmatifs de sa pratique personnelle et d'une voix aussi autorisée que la sienne, dans le jugement de semblables questions. L'importante communication de M. Gallard, insérée *in extenso* dans le dernier numéro des annales, présente cette double utilité : *Qu'elle indique les détails d'un mode de traitement accessible à la plupart des médecins et qu'ensuite, dans la thérapeutique d'une affection, le plus souvent sinon toujours incurable, elle promet et donne des résultats très satisfaisants* (1).

Mais, en raison de l'actualité de la question, nous avons pensé qu'il pouvait y avoir un certain intérêt à faire connaître un travail original « sur l'extirpation partielle de l'utérus cancéreux, » publié par le Dr E. Van de Warker, dans l'« Am. Journ. of. obstetrics. »

L'histoire des opérations chirurgicales, envisagées dans le traitement des maladies des femmes, nous enseigne que les mécomptes n'ont fait place aux succès que grâce à des tentatives prudentes et avisées.

Nous devons en conclure qu'aussi décevante que puisse, à l'heure actuelle, nous apparaître la thérapeutique des affections utérines, l'avenir lui réserve peut-être un sort meilleur. Aussi sommes-nous encouragé à entrer en campagne avec des méthodes nouvelles et à aller toujours de l'avant en accumulant de l'expérience.

Ainsi que tous les autres médecins, j'avais l' « *expérience commune* » dans le traitement de ces maladies. Il est inutile de l'indiquer dans ses détails; mais, cependant, nous pouvons de la seule considération du traitement chirurgical actuel du cancer de la matrice, tirer quelque enseignement. Ce traitement se résume aujourd'hui au trois méthodes suivantes : *Extirpation totale de l'utérus par le vagin*, *amputation vaginale et excision supra-vaginale combinées* et, selon ma propre pratique, *emploi de caustiques chimiques puissants.*

La première entraîne, par elle seule, une mortalité si élevée et s'accompagne dans son exécution de difficultés tellement sérieuses, que

(1) V. *Traitement du cancer utérin*, *Ann. de gyn.*, août 1884, et *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 2e édit., p. 946.

l'ovariotomie n'est plus, relativement, qu'une opération sans danger et facile. La seconde est simplement un reste des vieilles méthodes. Le chirurgien qui espère obtenir un arrêt, plus ou moins prolongé, dans l'évolution de l'affection maligne de l'utérus par l'amputation du col et l'excision du tissu de l'organe jusqu'à l'orifice interne, n'a pas appris grand'chose du passé. Il existe dans la marche d'un processus carcinomateux un moment où l'affection n'est encore qu'un simple foyer. Si on pouvait déterminer ce moment avec certitude et à l'instant psychologique, faire l'éradication complète du foyer morbide, bistouri, écraseur ou galvanocautère donneraient de meilleurs résultats. Bien plus, si l'on suppose que de son point de localisation, le néoplasme s'est étendu sur une zone plus considérable, pourvu qu'il se maintienne dans la portion vaginale accessible, encore dans ces cas les vieux procédés peuvent, sinon procurer une guérison radicale, du mois enrayer pour plusieurs années la marche de la maladie. Mon expérience personnelle m'a enseigné que lorsque le processus néoplasique a franchi la frontière utéro-vaginale, l'amputation et l'excision utérine ne pouvaient, en aucune façon, arrêter ses progrès. Et si, lorsque l'affection reste localisée à la portion vaginale, un aussi heureux résultat est possible, c'est que l'opération peut porter au delà de la sphère du travail morbide sur des tissus parfaitement sains, et que la lésion locale, bien qu'essentiellement maligne, peut être complètement abrasée.

Nous savons tous combien il est rare d'observer des cas dans lesquels le mal soit si bien limité. Pour ma part, je puis dire que je n'en ai jamais vu qu'un qui fût, à cette période de début, propice pour l'ablation simple. Que d'autres chirurgiens aient eu ce privilège, je le crois, en raison de quelques exemples de cures manifestes.

Je déclare que, dans cette voie, l'intervention avec le bistouri est arrivée à ses limites. Nous ne pouvons retirer de l'extirpation totale de la matrice des résultats supérieurs à ceux fournis par l'ablation complète de la mamelle; autant que peuvent parler les statistiques elles prouvent cette assertion. Les difficultés de l'opération et son chiffre de mortalité, qui égale le tiers des guérisons, tiennent à ce qu'elle ne constitue, dans tous les cas de carcinome de la matrice, qu'une simple tentative contre laquelle peuvent se combiner tous les jeux du hazard. Nous ne disposons, en effet, d'aucun moyen d'investigation qui nous permette d'affirmer qu'il n'existe pas dans le tissu péri-utérin des noyaux cancéreux, en état de déjouer toute tentative

d'extirpation. L'amputation du col, à l'aide du bistouri et des ciseaux, le galvanocautère, le thermocautère, l'acide nitrique fumant, ou tel autre agent chimique aussi puissant, l'application de styptiques ou de substances modificatrices, ne sont signalés qu'à titre de moyens encore plus nuisibles qu'inefficaces et qui, dans l'état actuel de nos connaissances sur la question, doivent être abandonnés. En raison de ces faits, il m'est, je pense, permis d'affirmer que l'intervention avec le bistouri a atteint ses dernières limites, et que, si l'on veut arriver à un traitement radical, c'est dans une autre méthode qu'on peut le trouver.

Le Dr Louis, dans un article publié dans l'*American Journal of obstetrics*, dit d'un empirique en renom, en s'exprimant avec sa franchise habituelle : « *Il nous enseigna cette vérité, et nous n'aurions pas voulu apprendre, d'une pareille source, que les résultats dus à l'emploi des caustiques, avec l'eschare consécutive, étaient meilleurs et plus durables que ceux obtenus à l'aide du bistouri, malgré la cicatrisation par première intention.* »

Je commençai à me servir des caustiques, il y a dix ans environ, mais les résultats de ma pratique furent tels que j'abandonnai cette méthode et que, pendant plusieurs années, je ne fis rien pour ces cas Voici en quoi consistait ma manière de faire : j'amputais le col et je coupais dans le corps de l'utérus aussi loin que je pouvais atteindre avec le bistouri et les ciseaux, je complétais ensuite l'opération en cautérisant fortement la perte de substance avec le cautère actuel, ou, plus tard, avec le cautère de Paquelin, lorsque cet instrument fut devenu plus en vogue. Je me servais pour cela du spéculum de Sims, et je protégeais la paroi antérieure du vagin avec de minces pièces de bois. Je cautérisais largement, m'arrêtant par intervalles, pour permettre à la cavité de se refroidir, car elle devenait tellement chaude qu'il me devenait impossible d'y maintenir mes doigts. Ainsi que je l'ai dit, je rejetai ce procédé, après l'avoir expérimenté dans quelques cas. J'appris, néanmoins, une chose, qui depuis m'a rendu des services. C'est que, quelle que fut ma façon d'user du cautère actuel, je n'obtenais jamais qu'une eschare mince, et que l'instrument ne jouissait pas de la faculté de pénétrer dans la profondeur du tissu, parce que cette eschare, trop vite formée, garantissait les couches sous-jacentes. Convaincu, cependant, que la cautérisation était bien le mode de traitement qu'on devait adopter, je pensai que le cautère actuel

n'était pas l'agent convenable, mais sans voir à quel autre je pouvais bien avoir recours.

Les choses en restèrent là jusqu'au moment où je lus l'article du Dr Sims. Je fus encouragé à adopter cette méthode, et je l'appliquai dans quelques cas. Elle me parut préférable à toutes celles que j'avais suivies jusqu'alors, et cependant, en réalité, je n'eus que des insuccès. Sans doute, j'arrivais ainsi à épargner aux malades, pendant plusieurs mois, les pertes de sang et les écoulements fétides, mais cela, sans déterminer aucun répit dans la marche de l'affection. L'eschare déterminée par l'application de la solution de chlorure de zinc, conseillée par le Dr Sims, était très mince, ne dépassant que rarement 15 dixièmes de millimètre, ce qui me faisait voir que j'agissais beaucoup plus à la surface que dans la zone même de l'activité morbide. L'idée me vint de recourir, pour l'utérus, à des caustiques capables de me donner une perte de substance aussi profonde que celle que nous cherchons à obtenir dans les cas de cancer de la mamelle. Au lieu de ne déterminer qu'une eschare de 6 millimètres, pourquoi ne pas essayer de lui faire comprendre la presque totalité de la paroi utérine, si besoin est? C'est là, il me semble, une pratique aussi sûre que celle de l'ablation complète de la mamelle.

C'est au regretté Dr Sims que revient le mérite de nous avoir appris à charger de solutions caustiques des boulettes de coton absorbant, débarrassées de tout excès de liquide, procédé applicable à toutes les solutions caustiques aqueuses. Nous avons ainsi le moyen de porter ces agents énergiques sur les tissus avec la même précision et la même sécurité que le bistouri, et j'ignore si personne n'a le droit de disputer au Dr Sims le mérite de la découverte d'un procédé aussi simple et aussi efficace.

Voici en quoi consiste mon opération :

Je procède d'abord à l'amputation du col jusqu'à la ligne de jonction de cet organe avec le vagin. Pour cela, je saisis, à l'aide d'une double pince, le col en un point de sa périphérie au niveau duquel les tissus offrent une prise suffisamment solide, puis je sectionne cette portion avec des ciseaux courbés sur le plat. Si la région est épaisse et très indurée, un bistouri, monté sur un manche convenable, constitue le meilleur de tous les instruments. De ce point, le tissu du col est excisé, habituellement jusqu'au niveau de l'orifice interne, sous la forme d'un triangle irrégulier dont la base correspond à la frontière

utéro-vaginale. On peut, pour cela, se servir du bistouri, de la cuvette, des ciseaux, en somme, de l'instrument qu'on juge le plus commode. Dans les cas où dans la cavité du col les tissus seraient extrêmement friables, la curette répondrait à tous les besoins. Elle permet, en effet, d'aller chercher dans les dépressions des portions plus fermes les éléments dégénérés, de faire disparaître les irrégularités et de ramener toutes les parties à un même niveau. A cette période de l'intervention, jamais il ne s'est produit des phénomènes hémorrhagiques capables de me causer des inquiétudes sérieuses. J'ai cependant observé dans quelques cas des pertes de sang assez abondantes, mais qui cessaient dès que la cavité utérine était absolument nettoyée.

J'estime que, dans la majorité des cas, il n'y a pas nécessité à remplir, selon la méthode de Sims, l'excavation obtenue avec du coton chargé d'une solution de sous-sulfate de fer pour se garer contre l'hémorrhagie, qu'on peut, au contraire, procéder immédiatement au second temps de l'opération, dans laquelle on se sert d'une solution de chlorure de zinc, astringent énergique lui-même. Deux fois j'agis de la sorte, mais il me parut que l'application du caustique fut plus douloureuse et l'eschare obtenue plus mince que dans ceux où j'avais commencé par l'usage d'une solution de sous-sulfate de fer. Mais la décision de ce point exige de nouvelles observations. Voici cependant, à mon avis, une explication plausible du fait. La sensibilité peut être émoussée par la pression qui résulte de la présence du coton et par l'influence qu'exerce la substance astringente sur les fibres nerveuses terminales et sur les vaisseaux artériels sectionnés. En outre, la surface chimiquement durcie se prête mieux à la pénétration plus profonde de la solution caustique, de la même façon qu'une préparation histologique convenablement durcie est plus apte à se bien colorer qu'une fraîche.

Hormis dans ces deux cas, j'ai toujours eu recours à l'application des tampons de coton ferrugineux, une partie de la solution de sous-sulfate de fer pour trois d'eau. Et je constatai qu'en employant le coton sous forme de tampons de petit volume, on arrivait à combler la cavité sans déployer aucune force, parce qu'on pouvait arriver à en faire pénétrer de plus ou moins gros, suivant la nécessité. Pour les enlever, on peut les retirer un à un et leur extraction exige beaucoup moins de force que s'ils étaient plus volumineux. Il suffit d'en placer une petite quantité dans le vagin, parce que le coton ferrugineux

tient en place très solidement et que le tamponnement complet de la cavité vaginale augmente considérablement le malaise des patientes et apporte un obstacle au libre fonctionnement de la vessie. L'usage pour le vagin de coton phéniqué ou aseptique n'empêche nullement les phénomènes de putréfaction, parce qu'à ce niveau il ne peut avoir aucune utilité. Nous pouvons, dans une certaine mesure, prévenir les accidents de septicémie qui peuvent être causés par la décomposition des caillots sanguins saturés de la solution ferrugineuse, et cela, en débarrassant minutieusement la cavité utérine de tous ces caillots, et, lorsque nous voyons le sang suinter à travers les masses de coton, en enlevant tout l'appareil pour en replacer un nouveau; plutôt que de songer à nous garer surtout de l'hémorrhagie en arrêtant le sang épanché à l'aide du tamponnement vaginal, parce que ce sang, fatalement destiné à se putréfier, pourrait donner naissance à des produits gazeux fétides, sinon devenir l'origine d'un danger extrême.

L'appareil doit être enlevé vers le second jour. J'y arrive plus rapidement en me servant d'une tige coudée à angle droit qu'avec l'instrument en tire-bouchon de Sims. Ainsi que je le mentionnais plus haut, le principal avantage de ces petites pièces de coton, c'est qu'on peut les enlever, une à une, sans qu'il soit nécessaire de déployer la moindre force. La malade doit être placée en pleine lumière, parce que la solution ferrugineuse a pour effet de décolorer et de rétrécir le vagin. Les cavités utérines et vaginales étant parfaitement lavées, la malade est alors en état de subir la véritable opération auprès de laquelle tout ce qui a été déjà fait n'est que de médiocre importance. Mais, m'objectera le lecteur, si tout cela entre pour si peu dans le but réel de la méthode, pourquoi ne point se dispenser de le faire ? J'agis ainsi pour plusieurs raisons : 1° *je ménage une cavité dans laquelle je puis appliquer ces caustiques* ; 2° *j'enlève autant de tissu morbide qu'il m'est possible de le faire par une opération rapide* ; 3° *de cette façon, je gagne du temps.*

L'opération que je viens de décrire est plus radicale que celle qu'on pratique habituellement pour le cancer du col. Il n'est pas rare de constater que la plus grande partie de la région sus-vaginale est, pour ainsi dire, décortiquée et réduite à une cavité à mince enveloppe qui remonte à peu près jusqu'à l'orifice interne.

J'emploie deux solutions de chlorure de zinc, l'une faible, l'autre forte, celle-ci à 3 p. cent. Avant de procéder au tamponnement de la cavité avec le coton caustique, toutes choses sont déjà préparées.

Les deux solutions, 30 grammes environ de chacune, sont renfermées dans des fioles bien marquées, pour qu'on ne ne coure aucun risque de les confondre. J'ai sous la main une pommade de vaseline et de bicarbonate de soude dans les proportions de 8 pour 1 environ, et une solution à 30 p. cent du même sel. L'assistance d'un aide familiarisé avec l'emploi du spéculum de Sims est tout à fait nécessaire. Après avoir enlevé le coton ferrugineux, je nettoie et je sèche le vagin et la cavité utérine avec du coton absorbant, puis je protège minutieusement les lèvres et le vagin avec une couche de la pommade au bicarbonate. Cette précaution est importante, parce que le bien-être de la malade, pour deux semaines environ, dépend de la soustraction complète des grandes lèvres, et principalement du méat urinaire, à l'action du caustique. Il m'est arrivé de constater au niveau de ces parties des eschares superficielles survenues en dépit de tous les soins que j'avais mis à les protéger. Depuis que je me sers de la pommade à la vaseline, je n'ai plus observé d'accidents de cette nature. Après tous ces soins préliminaires, la première question qui se pose, c'est de savoir laquelle des deux solutions il convient d'employer? Pour cela, j'introduis une sonde mousse jusqu'au fond de la vessie et, à l'aide d'un doigt placé dans l'excavation utérine, je tâche de sentir la sonde et d'apprécier l'épaisseur des tissus sur lesquels devra s'exercer l'action du caustique. Je me rends compte de la même façon de l'état des parois postérieures de l'excavation, en plaçant une sonde dans la cavité utérine et en introduisant un doigt dans le rectum. Si les parties intermédiaires sont minces, on peut sentir la sonde à travers. Il est préférable de procéder à cette exploration avant que la cavité ne se soit durcie et contractée sous l'action du sous-sulfate de fer. Si nous trouvons que nous nous sommes assez approché de la surface de l'utérus pour qu'une eschare, dont l'épaisseur dépasserait 6 centimètres, nous semble devoir amener une perforation, il est alors sage de n'user que de la solution faible, après avoir garni les parties plus élevées et plus épaisses de l'excavation avec la solution forte. Si le vagin a été compris dans le processus, s'il a été raclé avec la curette, il est peut-être prudent de n'avoir recours qu'au caustique faible pour éviter une perforation de la vessie ou du rectum, bien qu'il me soit arrivé d'user de la solution à un pour cent sans éprouver pareil contre-temps. Habituellement, on ne doit pas hésiter à offrir tout le champ de l'opération à l'activité complète du caustique. Quand le tamponnement est terminé, je recouvre

la surface de coton caustique et un pouce environ de la portion supérieure du vagin avec du coton absorbant saturé de bicarbonate de soude, sel destiné à décomposer le chlorure de zinc qui pourrait filtrer accidentellement.

Dans quelques cas, la douleur n'est pas intense. Une ou deux doses de morphine, administrées par la méthode hypodermique, suffisent pour faire traverser la période douloureuse qui, habituellement, ne se prolonge pas au delà de dix heures. Au bout de deux ou trois jours environ, on peut retirer le coton du vagin et aussi, à condition qu'on puisse le faire sans violence, de la cavité utérine. Mais s'il se montrait intimement adhérent à la paroi de l'utérus, mieux vaudrait attendre encore un ou deux jours. Le caustique enlevé, on aperçoit une surface blanche, ferme, semblable au ciment, qui n'est autre chose que l'eschare étroitement unie à l'excavation. Elle se détache dans une période de temps qui varie de cinq à dix jours. En aucun cas, on ne doit essayer de la séparer en usant de quelque force ; il faut la laisser tomber spontanément. Quand on s'est servi de la solution forte, cette eschare tombe d'une seule pièce et affecte la forme exacte de l'excavation utérine. Il n'existe, durant cette période, aucun danger de septicémie, parce que le chlorure de zinc est lui-même un désinfectant énergique. Il est possible de favoriser le processus de séparation de l'eschare, à l'aide de douches abondantes de solutions phéniquées, qu'on peut ensuite continuer pendant le travail de bourgeonnement.

C'est durant la période d'escharification qu'on doit redouter les accidents hémorrhagiques. Je me tiens en garde contre eux en assurant, pendant quatre ou cinq jours, le repos des intestins pour éviter les efforts expulsifs qui se produisent au moment des garde-robes. Je recommande à la malade de ne point essayer de s'asseoir sur son lit et d'éviter de faire le moindre effort.

En plusieurs circonstances, j'ai vu l'hémorhagie suivre l'administration de la douche. Cet accident était dû, je pense, à l'intensité du courant dans l'excavation. On ne doit la donner qu'avec la plus grande douceur et, s'il survient une perte de sang, suspendre toute injection pendant un ou deux jours. Mon expérience n'est pas suffisante pour établir la chose en principe ; mais aussi loin qu'elle va, il est de fait que les hémorrhagies étaient beaucoup moins fréquentes dans les cas où le caustique avait détruit une portion considérable du tissu mus-

culaire de l'utérus que dans ceux où l'organe était demeuré intact en grande partie.

Dans un cas où j'avais eu raison de penser, à cause de la forme et de l'importance de l'eschare, à cause aussi de la largeur et de la profondeur de l'excavation, que l'utérus avait dû être en totalité séparé de son enveloppe séreuse, il ne se produisit qu'une hémorrhagie légère causée par l'imprudence de la malade. Elle s'était levée et s'était assise sur une commode. L'hémorrhagie s'arrêta spontanément. Jamais je ne me suis trouvé, pour parer à une perte de sang, dans la nécessité de pratiquer le tamponnement du vagin. Il a toujours suffi de l'injection d'une solution faible de sous-sulfate de fer pour la faire cesser promptement. Ce n'est pas, cependant, un astringent tout à fait bon à employer, parce que le lit peut être détérioré. Du vinaigre, une solution d'alun sont tout aussi efficaces sans présenter le même inconvénient. L'emploi du vinaigre ne donne pas un rétrécissement du vagin et permet de procéder au tamponnement lorsqu'il devient nécessaire, manœuvre qui est très difficile après une injection de sous-sulfate de fer.

La cicatrisation finit dans un délai de deux à quatre semaines, laissant une cavité tout à fait rétrécie et tapissée par une membrane pâle, molle, veloutée, dépourvue de toute odeur et de tout suintement. Cette cavité continue à se rétracter quelque temps après que le travail de bourgeonnement est complètement achevé. Rétraction telle qu'elle ne peut être obtenue que par les agents caustiques. C'est en effet une propriété des tissus cicatriciels reconnaissant une pareille origine de subir cette rétraction continue comme le prouvent les déformations consécutives à des brûlures profondes. (*Am. Journ. of Obstetrics*, 1884, p. 225 et seq.).

(*A suivre.*)

NOUVEAU MOYEN DE DIAGNOSTIQUER AVEC CERTITUDE LA GROSSESSE DANS LES PREMIERS MOIS.

Par le professeur Hegar (de Fribourg) (1).

Nos moyens habituels de diagnostiquer la grossesse sont : un changement dans l'état général, la suppression de la mens-

(1) In *Prager. med. Wochenschrift*, n° 26, 1884.

truation, les modifications des seins, des parties génitales, le changement de consistance, l'augmentation de volume du corps et du col de l'utérus. Il est très utile de connaître un nouveau signe constant, car les précédents peuvent manquer en partie, surtout chez les femmes qui ont eu plusieurs grossesses successives.

Ce signe consiste dans une mollesse particulière, une certaine souplesse et un amincissement du segment inférieur de l'utérus, c'est-à-dire de la partie immédiatement supérieure à l'insertion des ligaments sacro-utérins. Cet état peut être facilement constaté, non seulement quand l'utérus est résistant, comme d'habitude, mais encore quand il est élastique et mou. Même dans ces cas, il est possible, en déprimant la partie inférieure de l'utérus, de la distinguer des portions supérieures et du col rigide. La mollesse de cette partie est telle que l'on pourrait se demander si le col n'était pas simplement en contact avec une tumeur pelvienne ou abdominale. Nous ne connaissons pas d'état pathologique de la matrice qui puisse donner de tels symptômes, même l'hydrométrite et l'hématométrite, dont le diagnostic devient ainsi facile.

La cause de ce signe remarquable réside dans ce que le segment inférieur de l'utérus devient pendant la grossesse la partie la plus mince, la plus molle et la plus élastique. Il en résulte, comme on peut le constater, qu'en pratiquant le toucher rectal combiné avec le palper abdominal, il est possible de sentir entre ses doigts cette partie avec les caractères qu'elle présente. Il est bien évident que l'absence de ce signe n'est nullement une preuve de l'absence de grossesse, laquelle peut exister sans produire ces modifications d'une manière aussi profonde.

Observation I.

R..., 33 ans. Deux grossesses. Dernières règles fin octobre 1883. Etat le 29 janvier 1884 : seins développés, mais mous, glandes de Montgomery nettement accusées, mamelon peu turgescent. On obtient par la pression un peu de colostrum ; ventre chargé de graisse,

pigmentation de la ligne blanche. Muqueuses vulvaire et vaginale bleuâtres, lèvre antérieure du col bleuâtre; le reste du col est blafard, épaissi, cylindrique. Corps de l'utérus, du volume d'une tête d'enfant.

Toucher rectal et palper abdominal combinés. L'index suit le col de bas en haut et arrivé à la base il semble que le col soit ouvert en haut, et que l'utérus forme une tumeur indépendante du col. Entre les deux, on sent une masse molle, facile à déprimer sous les doigts et que l'on peut reconnaître se continuer d'une part avec le col et d'autre part avec l'utérus plus ferme.

La partie ramollie se laisse déprimer entre les doigts, et facilement amincir.

Diagnostic : Grossesse au troisième mois.

Observation II.

F..., 30 ans. 3 grossesses. Dernières règles novembre 1883. Etat le 7 février 1884 : toucher rectal et palper abdominal. Le col a la forme d'un cylindre de 4 centimètres de long, l'utérus du volume d'une tête d'enfant. En déprimant le segment inférieur de l'utérus, on sent que cette région s'aplatit, forme une masse de 5 à 6 centimètres de large et de 1 centimètre d'épaisseur environ, plus molle et moins épaisse au milieu que sur les côtés, qui sort du col, en formant une sorte d'éventail.

Observation III.

F..., 29 ans. Quatrième grossesse. Dernières règles, février 1884. Etat actuel 15 avril 1884 : par le rectum, on sent le col long de 3 centimètres, d'une consistance dure, au-dessus l'utérus plus dépressible et du volume d'une tête d'enfant. Les parois de l'utérus se laissent déprimer à l'union du col et du corps, comme si elles ne contenaient absolument rien.

Observation IV.

F..., 40 ans. Quatrième grossesse. Dernières règles fin février 1884. Etat 16 mai 1884 : toucher rectal, utérus du volume d'une tête d'enfant un peu incliné à droite. Le col se distingue nettement. On peut déprimer le segment inférieur si facilement qu'il ne reste entre les doigts qu'une mince paroi.

Observation V.

F..., 37 ans. Deuxième grossesse. Dernières règles avril 1884. Etat 15 juin 1884 : toucher rectal. Col 4 centimètres de long attenant à un corps qui forme une masse élastique du volume du poing. En déprimant par l'abdomen, le segment inférieur se laisse comprimer de telle façon que, de 3 centimètres d'épaisseur, il se réduit à l'état de mince membrane.

Observation VI.

F..., 28 ans. Première grossesse en 1883; depuis, état général mauvais. Etat juin 1884 : col 3 centimètres, un peu dépaissi; au-dessus de l'insertion des ligaments sacro-utérins on sent le corps épaissi et brusquement induré. On peut facilement déprimer le segment inférieur de telle sorte qu'on sent entre l'index dans le rectum et la main qui palpe l'abdomen une véritable membrane mince et souple.

Dr E. Le Bec.

DILATATION FORCÉE

ET DISCISSION DU COL DE L'UTÉRUS

Théorie nouvelle et procédé opératoire nouveau (1).

Par le Dr A. Wallen,
Membre titulaire de la Société de médecine de Gand.

SUITE ET FIN (2).

Ici s'arrête la première partie de l'opération, c'est-à-dire la *dilatation forcée.*

Le col, toujours maintenu par la pince à griffes, j'introduisis la curette mousse de Sims modifiée par le Dr A. Simpson d'Edimbourg. La cavité du col et du corps fut vivement curettée dans tous les sens, puis retirée. Ce *curettage* s'adresse à l'endométrite qui coexiste dans presque tous les cas où la dilatation forcée est indiquée.

---

(1) Extrait des *Annales de la Société de médecine de Gand.*

(2) V. *Ann. de gyn.*, août 1884.

Le sang soigneusement épongé, la pince de Museux fut extraite et remplacée par le ténaculum double divergent d'Emmet, qui, tout en fixant le col, a l'avantage d'écarter fortement les lèvres et de tendre leurs commissures. Après cela, les ciseaux de Kuchenmeister, modifiés par Barnes, furent introduits et les deux commissures de l'orifice externe largement fendues jusqu'à quelques millimètres de la jonction des culs-de-sac latéraux du vagin avec le col. — Ce troisième temps constitue la *discission du col*, et a pour but de diviser les fibres circulaires de l'orifice externe, empêcher sa prompte contraction, transformer l'orifice circulaire en un orifice transversal permanent, modifier la conicité du col et ainsi remédier à la sténose du col, à la dysménorrhée, à la stérilité et ultérieurement, dans la mesure du possible, à toute récidive.

Le ténaculum double d'Emmet fut retiré fermé, le sang épongé, les deux valves de Simon retirées furent remplacées par le spéculum de Cusco. La sonde à double courant de Bozeman, modifiée par Fritsch, montée sur un irrigateur de Higginson, fut introduite dans la cavité utérine après expulsion de l'air, et un litre d'eau chaude phéniquée à 3/100 fut injecté dans la cavité de la matrice. Cette *irrigation intra-utérine* a pour but, outre l'antisepsie, d'entraîner les caillots, les débris de muqueuses, etc., provenant du curettage, et de modifier en même temps que de cautériser légèrement la muqueuse intra-utérine; tout ce, de même que le curettage, pour guérir l'endométrite concomitante. C'est dans le même but que, généralement, je fais suivre cette irrigation d'une injection intra-utérine de teinture d'iode pure.

Cela fait, le col et le canal vaginal bien détergés à l'aide de fines éponges trempées dans l'eau tiède phéniquée à 5/100, j'introduisis entre les lèvres incisées du col un petit tamponnet imbibé de perchlorure de fer liquide, afin d'éviter toute hémorrhagie consécutive. Enfin un premier tampon d'ouate imbibé de glycérine phéniquée à 2/100, suivi d'un second tampon sec, termine le pansement.

Toute trace de sang ayant été scrupuleusement lavée à l'eau phéniquée, la malade fut rapportée au lit et on lui fit une injection souscutanée de morphine dans les parois abdominales.

Il va de soi que toutes les précautions antiseptiques usuelles, à part le brouillard phéniqué, ont été prises. Ainsi, les ongles et les mains brossées au savon, ont été passées à l'eau phéniquée, les instruments immergés dans l'eau phéniquée à 5/100. Le vagin n'a pas été irrigué

d'avance avec l'eau phéniquée, parce que cela rend l'introduction des spéculums trop difficile, mais ses parois ont été bien lavées avec des éponges phéniquées avant de commencer la dilatation, etc., etc.

Suites. — Dans la même soirée, je repasse chez l'opérée, et comme elle n'avait pas uriné, je passe la sonde dans la vessie en indiquant a manœuvre à la femme qui la soignait. Absence complète de réaction. La jeune fille est brisée de fatigue et encore un peu alourdie et indisposée par le chloroforme.

Le lendemain, pas de fièvre ; la jeune personne a assez bien reposé la nuit, mais il est nécessaire de la sonder plusieurs fois par jour. Chose remarquable, ses anciennes douleurs ont disparu ; elle ressent de la fatigue et les douleurs résultant du traumatisme de l'opération. — Le pansement, y compris l'irrigation intra-utérine, n'est renouvelé que le second jour. Il est assez pénible à cause de l'étroitesse de la vulve. Il ne fut plus guère renouvelé que tous les deux jours pendant une quinzaine, puis remplacé par des irrigations vaginales à l'eau chaude.

Le troisième jour, comme il n'y avait pas eu de selles, je lui fis prendre de l'huile de ricin ; elle eut des selles faciles sans plus éprouver les douleurs atroces d'autrefois. Dès ce moment, la vessie et le rectum reprirent leurs fonctions normales. Douze jours après l'opération, notre opérée descendait et reprenait petit à petit sa besogne d'autrefois, l'appétit était revenu, et elle revivait à vue d'œil. — Un séjour de quelques semaines à la campagne lui rendit ses forces et ses couleurs, aujourd'hui l'embonpoint est revenu, elle travaille comme une autre, bref, sa santé est parfaite. — Elle a été réglée une première fois le 14 avril pendant trois jours ; le 13 mai, nouvelle menstruation durant sept jours.

Voilà donc une jeune fille malade depuis trois ans, traitée à l'hôpital pendant un an et demi, arrivée à toute extrémité, et qui a été guérie en une seule séance à l'aide d'une opération parfaitement inoffensive par elle-même.

Réflexions. — Cette observation présente plusieurs côtés intéressants à examiner.

1° *L'étiologie :* Ici la relation de cause à effet est évidente. On ne peut invoquer la théorie de la suppression brusque des règles. En effet, au lieu de suppression, il y a eu au contraire

augmentation brusque, d'où ménorrhagie. D'après ma théorie, et ce fait vient de nouveau la confirmer, l'explication en est facile. Sous l'impression subite du froid, il s'est produit une contraction spasmodique des fibres musculaires utérines, qui est venue se surajouter à la contraction physiologique préexistante de la menstruation, l'obstacle à la circulation de retour en a été augmenté, la tension plus forte du courant d'entrée a aggravé l'hémorrhagie préexistante et a transformé les règles en hémorrhagie. — Malheureusement cette perte de sang n'a pas jugulé la maladie à son début. La contraction des fibres utérines est devenue chronique, avec exacerbations irrégulières, d'où règles rapprochées, congestion de tous les organes du petit bassin, extravasation séro-plastique et toutes ses conséquences connues ordinairement sous l'appellation générale d'*inflammations péri-utérines*. — Plus tard, à mesure que la maladie s'aggravait, le sang s'appauvrissait, la malade devenant anémique, les règles s'éloignèrent. Les douleurs, par contre, persistèrent, par suite de la compression des nerfs produite en partie par la contraction des fibres musculaires, en partie par la gangue exsudative dans laquelle ils se trouvaient emprisonnés.

2° *Le diagnostic* : Y a-t-il eu erreur de diagnostic ? Il serait peut-être audacieux de se prononcer. Rien de si obscur, rien de si difficile à diagnostiquer que les maladies des organes du petit bassin chez la femme. La plupart des symptômes accusés par notre malade appartiennent à presque toutes les affections chroniques des organes intra-pelviens, aussi bien aux inflammations péri-utérines qu'à l'ovarite, parce qu'il est excessivement rare que celle-ci existe sans périmétrite ou sans paramétrite. D'un autre côté, je n'ai pas constaté les symptômes véritablement propres à l'ovarite. Ainsi, ni par le toucher vaginal, ni par le toucher rectal, ni par le palper abdominal combiné à ces deux espèces de toucher, je ne suis pas parvenu à sentir aucun des ovaires, que, dans le cas d'inflammation de ces organes, on devrait trouver au niveau du cul-de-sac, sur un des côtés ou de chaque côté de l'utérus, sous

forme d'un corps rond, très sensible, d'une consistance molle, ayant à peu près le volume d'une noix. En pressant ce corps, on devrait déterminer une vive douleur et quelquefois des nausées et même un véritable accès d'hystérie. Il est vrai qu'un pareil examen exige une bien grande habitude. Aussi suis-je étonné de la facilité avec laquelle la plupart des médecins diagnostiquent une ovarite et le grand nombre de cas qu'ils semblent trouver, alors que j'en rencontre si rarement. Je ne nie point qu'un certain degré d'ovarite ne puisse accompagner les affections du petit bassin et particulièrement la cellulite péri-utérine et la pelvi-péritonite, c'est là l'ovarite symptomatique de Chéreau ; mais ce que je crois excessivement rare, c'est l'ovarite essentielle constituant une entité morbide prédominante. La distinction entre l'ovarite essentielle ou primitive et l'ovarite symptomatique se fera toujours aisément, si l'on examine avec soin l'utérus et les organes voisins des ovaires pour y constater la présence ou l'absence de phénomènes inflammatoires, et si l'on remonte des altérations morbides que l'on découvre dans l'organe malade aux causes qui les ont produites. Cette distinction peut être utile au traitement, comme nous l'avons vu.

Nous n'entendons évidemment pas parler ici de l'ovarite puerpérale ni de l'hydropisie de l'ovaire, dont le début est ordinairement si obscur qu'il ne réveille aucun symptôme appréciable jusqu'au moment où le développement de la tumeur, l'anémie, etc., attirent l'attention de la malade et du médecin ; c'est là une dégénérescence et non une inflammation proprement dite.

Ce diagnostic d'ovarite, si fréquemment posé par la plupart des médecins, provient sans doute de la grande difficulté qu'il y a, pour celui qui n'en fait pas sa spécialité, de diagnostiquer d'une manière certaine cette affection d'avec la péritonite pelvienne, ensuite de ce que, du moment qu'une femme se plaint dans la région des ovaires, on songe immédiatement à une ovarite, alors qu'il y a tout bonnement oophoralgie, laquelle accompagne presque toutes les affections

utérines, ainsi que celles du petit bassin. Je le répète, l'oophoralgie et même si l'on veut un certain degré d'ovarite symptomatique sont très fréquents; mais ce qui est *excessivement* rare selon nous, c'est l'ovarite essentielle en dehors de la puerpéralité. Ce qui le prouve, c'est que, *la plupart du temps*, un traitement exclusivement dirigé contre les lésions utérines, en même temps qu'il guérit la maladie principale, fait disparaître les symptômes du côté des ovaires. D'ailleurs, en pathologie utéro-ovarique, on a beaucoup abusé du mot inflammation. Il y aurait beaucoup à dire à ce sujet. Je crois que généralement nous n'avons affaire qu'à une gêne de la circulation. Le résultat obtenu ici vient à l'appui de cette manière de voir, car il n'est pas admissible que des troubles inflammatoires puissent être guéris en une seule séance, tandis qu'on comprend parfaitement qu'il est possible, par une seule opération, de lever la gêne à la circulation.

3° *Le traitement* : La brusque amélioration, presque instantanée, prouve l'efficacité du procédé. Non seulement la circulation de retour a été rétablie, mais les douleurs ont immédiatement disparu. Ces deux phénomènes s'expliquent facilement, si l'on admet ma théorie. Par la dilatation forcée, produisant le relâchement, la distension, et une paralysie relative et de durée variable des fibres contractiles de l'utérus, on a non seulement fait cesser la compression exercée par elles sur le système veineux et rétabli ainsi la circulation, mais encore on a supprimé l'irritation des fibres nerveuses produite par cette même compression, qui, selon moi, est le point de départ des mille et une douleurs réflexes ou sympathiques dont souffrent ces malades.

Le traitement dirigé par mes confrères des hôpitaux était parfaitement rationnel pour ceux qui admettent la théorie de l'inflammation, et cependant le résultat a été complètement nul. Que conclure de là? Que la théorie de l'inflammation, dans ce cas-ci, du moins, est complètement fausse, et que la théorie que je lui oppose est la vraie. De plus, le traitement que j'emploie et qui est la conséquence de cette théorie, est

un traitement rationnel, car il s'attaque directement à la cause. C'est ainsi que toujours la théorie doit venir en aide à la pratique, et j'ajouterai que la pratique doit confirmer la théorie.

4° *Les suites* : On remarquera que, dans ce cas, comme après la plupart de nos opérations, la menstruation ne se rétablit qu'après la deuxième ou la troisième époque, ce qui semble indiquer que la surdistension, subie par les fibres musculaires du système utérin, les empêche pendant un certain temps de reprendre leur propriété contractile primitive, de répondre à l'excitation de l'ovulation, et ainsi ne leur permet pas de jouer le rôle de barrage forçant le courant en amont de déborder. Comme nous l'avons dit en commençant, le même phénomène de paralysie passagère s'observe après la surdistension des fibres produite par l'accouchement. Peut-on invoquer l'hypothèse d'absence d'ovulation ? Je ne le pense pas. Ce qui le prouve, c'est que certaines de mes opérées ont ressenti quelques phénomènes prémonitoires des règles vers la première époque qui suivait l'opération, sans cependant voir de sang, ou n'en voyant qu'une goutte ; à l'époque suivante cependant la menstruation était rétablie. De même, après un premier accouchement, il n'est pas rare, chez des femmes d'une fertilité exceptionnelle, de voir survenir toute une série d'accouchements se succédant l'un l'autre, sans que la femme ait jamais revu ses règles. Cependant, puisqu'il y a eu fécondations répétées, il faut bien admettre qu'il y a eu ovulation. La conception a donc dû se faire avant que les fibres utérines aient repris leur contractilité normale.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

8e SESSION, TENUE A COPENHAGUE, DU 10 AU 17 AOUT 1884.

Compte rendu des séances de la section de Gynécologie et d'Obstétrique.

Présidents : Professeurs HOWITZ et STADFELDT, de Copenhague.

Présidents honoraires : KŒBERLÉ, de Strasbourg, pour la France.

Professeurs BREISKY, de Prague, — GUSSEROW, de Berlin, — HEGAR, de Fribourg-en-Brisgau, — P. MULLER, de Berne, — OLSHAUSEN, de Halle, pour l'Allemagne.

Professeurs LAZAREWITSCH, de Karkoff, — PIPPINGSKJÖLD, d'Helsingfors, pour la Russie.

Professeur HALBERSTMA, d'Utrecht, pour la Hollande.

Professeurs PRIESTLEY, de Londres, — SIMPSON, d'Édimbourg, pour l'Angleterre.

Professeur ENGELMANN, de Saint-Louis, pour l'Amérique.

Professeur MILTIADE VENISELO, d'Athènes, pour la Grèce.

Secrétaires : Docteurs BAR, de Paris, — NELSON, de Boston, — WIEDOW, de Fribourg, — LÉOPOLD MEYER, de Copenhague.

Séance du 11 *août, matin.* — Présidence de MM. STADFELDT, de Copenhague, et HEGAR, de Fribourg-en-Brisgau.

I. — **De l'opération césarienne et de ses modifications**, par P. MULLER, de Berne. — Le pronostic de l'opération césarienne a été, jusqu'à présent, extrêmement défavorable, car le chiffre de la mortalité ne descendait pas au-dessous de

40 ou 60 p. 100, mais s'élevait au-dessus de 80 p. 100. Les progrès que la chirurgie a récemment faits, notamment dans la laparotomie, devaient améliorer le pronostic de l'opération césarienne. En effet, il devenait possible, en modifiant cette opération, de limiter les dangers résultant de l'hémorrhagie et de la septicémie.

On a essayé d'atteindre ce but de deux façons différentes, et on peut qualifier les modifications de l'opération césarienne de *radicales* ou de *conservatrices*. Le procédé *radical* consiste à enlever l'utérus et, par suite, à détruire la source du sang et de l'infection, tandis que le second procédé, le *conservateur*, a pour effet de conserver l'utérus et d'éliminer les dangers précédents, en traitant avec le plus grand soin la plaie utérine.

Ces deux procédés présentent des avantages. Seule, la statistique dira celui qui doit être accepté. Les statistiques ont montré qu'avec le procédé radical, on avait une mortalité un peu plus forte que 50 p. 100, mais nous n'avons guère de matériaux suffisants pour juger la valeur du procédé conservateur, car ce dernier a été jusqu'à présent trop peu employé. Nous ne savons encore quelle est la méthode qui sera définitivement adoptée; mais nous devons reconnaître que toute méthode dans laquelle on conservera l'utérus devra remplir certaines conditions : mettre les femmes à l'abri d'une rupture utérine si elles redeviennent enceintes, les mettre à l'abri d'une nouvelle opération césarienne, et ces conditions se trouvent remplies d'une façon insuffisante dans l'opération telle que nous la pratiquons aujourd'hui.

M. Eustache, de Lille, rappelle que, pour les deux opérations, la mortalité est environ de 55 p. 100. Il rappelle que son interne a noté que, chez un certain nombre de femmes qui avaient subi l'opération de Porro, la santé était restée chancelante. Aussi, s'appuyant sur ses recherches personnelles, il pense devoir préférer l'opération césarienne proprement dite à l'opération de Porro.

La communication de M. Eustache amène à la tribune

M. Papillon, de Lille, qui relève une grave erreur dans la communication de M. Eustache. Nous nous bornons à signaler cet incident regrettable.

M. Sanger, de Leipzig, a modifié l'opération césarienne classique. Pour lui, le point capital est d'appliquer une bonne suture qui unisse la séreuse à la séreuse. Quatre cas ont été opérés d'après sa méthode ; trois fois Léopold y eut recours avec succès ; dans le quatrième cas, opéré par Beumer, l'opérée souffrait d'une pyélo-néphrite ancienne. Léopold confirme que les trois femmes qu'il a opérées se portent aujourd'hui fort bien, ainsi que les enfants qui ont été extraits. Dans deux faits, la guérison fut obtenue sans complications, mais dans un cas, il y eut un épanchement de sang considérable dans un ligament large.

Léopold Meyer, de Copenhague, s'étonne de voir la laparo-élythrotomie être si complètement oubliée ; elle n'est cependant pas une opération trop difficile et elle a, dans plusieurs cas, donné de bons résultats.

M. Breisky, de Prague, semble être partisan de la méthode de Porro. Les statistiques n'ont pour lui qu'une valeur fort approximative, car elles portent sur des faits trop peu nombreux.

M. Muller, dans une dernière réplique, arrive à cette conclusion que la question n'est pas encore mûre. Cependant, il paraît préférer l'opération césarienne par la méthode de Porro, qui est très facile, et il ne faut pas, dit-il, oublier que sur les femmes qui ont été opérées par cette méthode, il en est un certain nombre dont l'état était fort grave.

II. — **Difficultés de diagnostic produites par l'hypertrophie du col de la matrice,** professeur Howitz, Copenhague. — Dans les cas d'une hypertrophie du col de la matrice compliquée d'une dilatation du corps et du fond de la matrice, on voit paraître des symptômes spéciaux par raison d'un changement des rapports anatomiques. C'est surtout dans les cas de grossesse que ces difficultés de diagnostic ont leur valeur et

plus spécialement dans les premiers mois de la grossesse. La situation plus élevée de la tumeur utérine, sa mobilité étrange, son élasticité et sa fluctuation sont des symptômes caractéristiques pour ces cas, où l'on peut désormais entendre le bruit fœtal de meilleure heure qu'à l'ordinaire, et où une exploration soigneuse par le vagin et le rectum donnera des renseignements précis.

MM. MARTIN, de Berlin, et PRIESTLEY, de Londres, prennent part à la discussion.

Séance du 11 *août, soir*. — Présidence de M. PIPPINGSKJÖLD.

I *a*. — **Le traitement des fibro-myômes utérins par la laparotomie,** Dr E. KŒBERLÉ, de Strasbourg. — Les procédés et les indications opératoires des fibro-myômes de la matrice sont jusqu'à présent très controversés.

Les indications résultent : 1° de la gravité de l'état de la malade par suite des hémorrhagies cataméniales excessives et prolongées, et par suite de l'accroissement rapide et continu de la tumeur ; 2° de l'âge relatif de la malade, plus ou moins éloigné de la ménopause ; 3° du siège de la tumeur ; 4° de circonstances particulières, lorsque les tumeurs rendent la vie insupportable aux malades par la gêne, par les accidents et par les infirmités qu'elles occasionnent.

L'opération est contre-indiquée lorsqu'il existe des adhérences vasculaires étendues à la paroi abdominale, ou lorsque la tumeur est inopérable par suite de connexions trop étendues ; lorsqu'elle est enclavée dans l'excavation pelvienne ; lorsqu'il existe un épanchement ascitique qui tend à augmenter et à se reproduire rapidement ; lorsqu'il existe une affection concomitante incurable ou des circonstances qui peuvent influer d'une manière défavorable sur la guérison.

Le procédé opératoire varie suivant le siège et le volume de la tumeur.

Les fibro-myômes utérins doivent être opérés par la voie vaginale dans les cas où ils forment une saillie plus ou moins

prononcée dans la cavité utérine et vers le vagin, lorsque la largeur du canal génital permet de les extraire ainsi.

Les fibro-myômes proéminant dans la cavité utérine, inopérables par le canal génital, ainsi que les tumeurs interstitielles et sous-péritonéales sont susceptibles d'être opérés en pratiquant la laparotomie.

Indication des règles générales du procédé opératoire de la laparotomie.

Ligature des tumeurs pédiculées. Ligatures perdues.

Enucléation des fibro-myômes. Dangers de ce procédé.

Hystérotomie et hystérectomie. Règles générales de ces opérations, dont le résultat est très fovorable lorsque les tumeurs sont développées dans le corps de l'utérus. Difficultés et gravité excessive de l'opération lorsque les tumeurs sont développées dans les ligaments larges et sont enclavées dans l'excavation pelvienne.

Du morcellement des fibro-myômes intra-pelviens et de leur énucléation. Gravité de ces opérations.

Réunion de la plaie abdominale.

Pansement.

Aperçu sur le traitement antiseptique.

Le traitement des fibro-myômes utérins par la laparotomie constitue un progrès réel de la chirurgie contemporaine et mérite à tous égards d'être pris en sérieuse considération.

I *b*. — **Sur le traitement électrique des fibromes de l'utérus**, Dr Apostoli, Paris. — Le Dr Apostoli propose une thérapeutique électrique nouvelle des fibromes utérins caractérisée par son siège, sa nature, son intensité et son manuel opératoire. Aux anciens procédés d'application de courants continus à la cure de tumeurs fibreuses, caractérisés : 1° par de très faibles intensités électriques ; 2° par le siège, le plus souvent vaginal, de leur pôle actif, il oppose un traitement toujours plus actif, puisqu'il atteint 100 milliampères d'intensité, et toujours intra-utérin, agissant sur toute la profondeur et l'étendue de la muqueuse utérine.

Une épreuve clinique de deux ans, sur plus de cent malades, a montré que le traitement réduit constamment l'utérus et restaure complètement la malade.

I *c*. — **De la castration dans le traitement des fibromes utérins**, Wiedow, Fribourg en Brisgau. — L'orateur, s'appuyant sur les travaux qui ont été publiés sur la matière et sur ses observations personnelles, présente les résultats obtenus par la castration dans le cas de fibromes utérins. Les observations d'un certain nombre de médecins allemands, autrichiens ou suisses, permettent d'affirmer que la guérison est durable. La castration agit en diminuant les hémorrhagies et en provoquant le ratatinement de la tumeur. On devra modifier l'opération suivant le siège et le volume de la tumeur.

Olshausen, Spencer Wells, Hegar et Thornton prennent part à la discussion.

Séance du 12 août, matin.

I. — La discussion sur le **traitement des fibro-myômes par la laparotomie** se continue.

Nous noterons spécialement un discours de Howitz qui proteste contre la trop grande facilité avec laquelle on pratiquerait la laparotomie dans les tumeurs utérines. D'après lui, la laparotomie n'est indiquée que dans certains cas fort rares; l'amputation supra-vaginale de l'utérus est elle-même fort dangereuse, car le chiffre de la mortalité n'est pas moindre de 35 p. 100; sur 13 cas, l'orateur a perdu 5 malades. Quand tous les traitements ont échoué, la castration est indiquée.

II. — **L'emploi de la méthode antiseptique pour les laparotomies**, par Mikulicz. — La méthode antiseptique est aussi nécessaire dans les laparotomies que dans toutes les autres opérations sanglantes. Il est superflu aujourd'hui de justifier par des considérations théoriques la valeur scientifique de cette méthode. Depuis qu'on a recours à l'antisepsie, les résul-

tats de la laparotomie ont été si améliorés qu'on peut, dans l'expérience, trouver les meilleurs arguments pour l'emploi de cette méthode. Et cela est tellement vrai, les résultats des opérations les plus difficiles sont si améliorés, qu'on voit des chirurgiens et des gynécologues soutenir que l'antisepsie est le point capital, quelle que soit l'opération.

Les règles de l'antisepsie dans les laparotomies sont les mêmes que celles qu'on doit observer dans toutes les autres opérations. Cependant l'applicatiou présente ici quelques points particuliers. Cela tient à la présence du péritoine qui, à un certain point de vue, facilite, mais qui, à un autre point de vue, rend plus difficile l'application de la méthode antiseptique.

En effet :

1° La surface présentée par le péritoine est si considérable qu'elle est à peu près égale à toute la surface du corps ; quand cette séreuse sera mise à nu, on devra donc craindre la rapide extension des processus inflammatoires et septiques.

2° Le pouvoir de résorption et de transsudation de la séreuse est fort développé ; donc la péritonite d'origine septique conduira rapidement à la septicémie, et ce pouvoir de résorption s'oppose, quand le péritoine est normal, à la formation d'épanchements dans cette séreuse ;

3° On sait combien, dès qu'elles s'enflamment, les surfaces de la séreuse adhèrent rapidement entre elles. Il en résulte que les noyaux inflammatoires peuvent se localiser ; des ligatures, des fragments de tissus coupés sont facilement entourés par une capsule ; on pourra donc ici recourir aux ligatures en masse.

Au point de vue de l'antisepsie, on ne devra pas oublier que le péritoine est, de tous les tissus, le plus sensible à l'action des germes. Nous ne pouvons guère ici employer ces puissants moyens antiseptiques tels que l'irrigation avec une solution phéniquée, etc. ; la résorption est tellement rapide que ces procédés entraîneraient trop de dangers. Quant au drainage qui, pour toutes les autres plaies, donne une sé-

curité si absolue, ici, il n'est guère utile. Appliquer la méthode antiseptique à la laparotomie, c'est donc écarter d'une façon absolue les germes et les empêcher d'atteindre le péritoine, d'où une grande différence entre l'antisepsie appliquée à la laparotomie et l'antisepsie dans les autres opérations. Dans la laparotomie, en effet, l'antisepsie sera surtout prophylactique; ici, nous ne pouvons guère corriger les résultats d'une faute; aussi, plus que dans toute autre opération, devons-nous procéder avec la plus excessive rigueur à la désinfection de tout ce qui servira à l'opération (chambre dans laquelle on opère, opérateur et ses assistants, région sur laquelle on opère, éponges, serviettes, instruments, etc.). Le spray est superflu quand la chambre est bien propre.

Dans un hôpital, on en fera usage pendant une demi-heure ou une heure avant l'opération. Il purifiera mécaniquement l'air. Pendant l'opération elle-même, le spray est sans utilité. Quand on opère sur l'estomac et l'intestin, il faut s'opposer d'une façon absolue à l'issue au dehors des matières contenues dans l'estomac ou l'intestin : c'est la première règle de la méthode antiseptique.

Quand l'opération a été pratiquée d'une manière aseptique, le drainage est complètement superflu; il pourrait même être dangereux, car les orifices par lesquels les drains sont introduits pourraient servir de porte d'entrée aux germes infectieux. Mais, dans les cas où le drainage serait utile, quand il y a de l'infection, quand du liquide s'est accumulé dans le péritoine, ce procédé n'a guère d'action et est fort insuffisant. Il est en effet impossible de drainer complètement la cavité du péritoine, au moins avec les moyens que nous possédons aujourd'hui. Le drainage n'est donc, après la laparotomie, bon que dans certains cas exceptionnels.

En dehors de l'infection directe pendant l'opération (infection par contact) on peut voir se produire dans quelques circonstances une affection spontanée. Celle-ci peut se produire quand une quantité considérable de liquide séro-sanguinolent vient s'accumuler dans un point profond du péritoine. Les

bactéries peuvent se développer dans cette masse, d'où la fermentation du liquide épanché et l'infection du péritoine. La seconde condition d'antisepsie sera donc d'éviter toute accumulation de produits sécrétés dans la cavité peritonéale. On devra avant tout bien faire la toilette du péritoine, empêcher toute sécrétion des plaies et, pour cela, recourir aux ligatures en masse, aux cautérisations, etc... Pour faire les ligatures, on se servira de fils de soie ou de catgut bien désinfectés, et il importe peu que le pédicule soit rentré ou reste en dehors du péritoine, pourvu que la cavité séreuse soit bien fermée. Le procédé auquel on aura recours pour faire la suture importera peu, pourvu que les lèvres de la plaie du péritoine soient bien affrontées.

L'auteur a employé avec succès de petites quantités d'iodoforme pour saupoudrer le pédicule.

Kustner, Olshausen prennent part à la discussion.

4° M. le professeur SIMPSON fait part des travaux de la commission nommée à Londres pour établir une nomenclature obstétricale commune. Les travaux de cette commission ne sont pas terminés. M. Simpson demande que l'autorisation soit donnée à la commission nommée à Londres de s'adjoindre de nouveaux membres.

M. le Dr Bar, de Paris, est adjoint à la commission.

(*A suivre.*) Paul BAR.

ASSOCIATION MÉDICALE DE LA GRANDE-BRETAGNE.

CINQUANTE-DEUXIÈME RÉUNION ANNUELLE, BELFAST, 29 JUILLET — 2 AOUT 1884.

Section d'obstétrique.

Le Président, Dr GODSON, de Londres, fait un discours d'ouverture fort intéressant et spirituel, dans lequel il s'élève contre ceux qui ont la prétention de faire des accoucheurs des purs médecins. L'obstétrique est certainement de la médecine, mais elle est aussi de la chirurgie. A tort, suivant lui, la règle de quelques grands hôpitaux de Londres interdit aux obstétriciens de faire des opérations chirurgi-

cales, ce qui les oblige à recourir à d'autres hôpitaux, pour y recevoir l'instruction nécessaire au traitement des maladies chirurgicales des femmes.

Le Dr Godson présente son perforateur à quatre branches, figuré dans Auvard : « De la pince à os et du cranioclaste » (page 42, Paris, 1884).

Le Dr Kidd, de Dublin, fait la démonstration de son procédé de décapitation, qui ne diffère de celui de Pajot que par le mode de passage de la ficelle : il introduit une sonde uréthrale munie de son mandrin jusqu'au niveau du cou du fœtus, puis il retire le mandrin ; la sonde s'enroule autour du cou fœtal, il est alors aisé d'en saisir l'extrémité, qui sert de guide à la ficelle.

Pathologie et traitement de la grossesse extra-utérine, par Lawson Tait. — La menstruation et l'ovulation sont, quant au temps, absolument indépendantes. L'ovulation ne s'arrête pas, et le plus grand nombre de ses produits va périr dans la cavité péritonéale. L'auteur rappelle ce qu'il a écrit dans son ouvrage *Diseases of the ovaries* ; il ne croit pas à la grossesse ovarienne. Les cils vibratiles, loin de conduire les spermatozoaires dans les trompes, s'opposent à leur progression dans ces tubes. Si la trompe est glabre, l'ovule peut se greffer sur la muqueuse, et Ritchie a observé que la salpingite desquamative est une cause de grossesse tubaire. Tait a vu, depuis vingt ans, 25 cas de rupture tubaire ; il y a cependant des cas, plus rares, dans lesquels l'œuf se développe jusqu'au terme ou près du terme de la gestation. Cette rupture n'est pas nécessairement mortelle, et il se peut que l'œuf vagabond disparaisse par absorption ou aille se greffer quelque part, pour continuer à s'y développer.

Mister Jessop, de Leeds, a raconté un cas de ce genre. Dans toutes les autopsies ou les opérations qu'a faites l'auteur, il n'a pu douter que la trompe ne fût le lieu d'origine de la gestation. On n'a jamais vu, du moins l'auteur l'ignore, de grossesse extra-utérine récente qui ne fût tubaire. Il reste donc à prouver qu'une gestation ectopique n'est pas toujours tubaire au début. Lorsqu'un ovule est fécondé dans la trompe, il s'y conduit à peu près comme dans l'utérus, il se greffe sur la muqueuse et s'entoure de villosités choriales et placentaires. La rupture se produit à des époques différentes, mais, en général, vers la dixième ou la douzième semaine ; la trompe n'a pas de parois contractiles qui puissent détacher le placenta ou arrêter l'hé-

morrhagie, et la malade meurt de perte interne. Mais, si l'œuf s'est greffé en un point de la trompe situé dans le ligament large, l'hémorrhagie se produira dans ce ligament, qui limitera son abondance; nous aurons une hématocèle, qui peut se résorber rapidement; l'œuf peut survivre, nous avons alors une grossesse *ligamentaire* qui, à un moment ou à un autre, demande une opération. Souvent le fœtus meurt vers le cinquième mois, et le kyste suppure. S'il se trouve à gauche, il se décharge dans le rectum, s'il est à droite, il peut crever dans le cæcum ou au-dessus de la crête iliaque. S'il vient à maturité, l'enfant meurt généralement après un faux travail, avant que le diagnostic ait pu être établi, à moins qu'on ne le fasse au moyen de la gastrotomie; c'est ce qui a été fait dans un cas de l'auteur et du Dr Lattey de Southam; l'enfant vit encore, mais la mère a succombé.

Dans tous les cas où l'auteur a vu la gestation extra-utérine aller à terme, il a pu établir que la trompe s'était rompue vers la dixième semaine, et l'examen pendant l'opération a établi que la grossesse était devenue ligamentaire; le placenta était toujours au fond de la cavité, là où il se trouverait si sa théorie était exacte.

Lorsqu'on arrive au diagnostic au terme ou près du terme, pendant que l'enfant vit encore, il faut opérer; il faut opérer aussi lorsque l'enfant est mort. Les points essentiels sont de suturer avec soin l'ouverture du sac avec la plaie abdominale afin de bien fermer la cavité péritonéale, de ne pas toucher au placenta et de laisser la nature pourvoir à son élimination.

Tait n'a jamais rencontré de grossesse interstitielle, mais a lu avec plaisir le livre de M. Alban Doran, qui donne un appui à ses idées.

Le Dr Reid (de Glasgow) doute qu'il soit sage d'opérer aussitôt qu'on a reconnu la grossesse extra-utérine, que le fœtus soit vivant ou non.

Le Dr Murphy (de Sunderland) croit que la menstruation dépend entièrement de l'ovulation et que, pendant la menstruation, le pavillon de la trompe embrasse l'ovaire. Il n'a vu qu'une fois, sur plusieurs ovariotomies, l'ovaire sain saisi par la trompe, et la malade avait ses règles. Il croit donc que la gestation extra-utérine est due en général à ce que la trompe, quoique assez large pour permettre l'entrée des spermatozoaires, est trop étroite pour laisser passer l'œuf. Sans doute, il se peut que la grossesse abdominale soit due à une rupture tubaire, mais bien plus souvent elle vient de ce que les spermatozoaires s'échappent de la trompe et vont féconder un ovule, soit

sur l'ovaire ou dans l'abdomen ; si la gestation abdominale n'est pas souvent reconnue au début, c'est qu'elle est rarement fatale avant le sixième mois, et ne donne guère naissance à des symptômes précis dans les premiers mois. Quant au traitement, dans la forme tubaire, les dangers d'un côté et l'insuffisance de toute médication, de l'autre, ont amené presque tous les gynécologistes à ouvrir l'abdomen dans tous les cas de rupture. Il va plus loin, il veut que, si le diagnostic est suffisamment sûr, on enlève la trompe avant la rupture. Dans la forme abdominale, il attendrait, s'il n'y a pas de symptômes urgents, jusque vers la fin de la grossesse, puis extrairait le fœtus, coudrait le kyste à la paroi abdominale, laissant une ouverture par la sortie des secondines.

Le Dr Ward Cousins (de Southsea) croit que les cas sont rares, dans lesquels on a le temps d'opérer après une rupture. Le diagnostic des cas récents repose surtout : 1° sur la douleur dans le bas-ventre ; 2° sur le résultat de l'examen pelvien, qui fait reconnaître généralement un utérus déplacé en haut ou sur le côté, difficile à mouvoir, un museau de tanche gros et ouvert, et en arrière une tumeur ronde et immobile. Après la mort du fœtus, la diminution de vascularité des parties intéressées rend l'opération moins périlleuse.

Mister Burton (de Liverpool) croit que la menstruation est moins absolument dépendante de l'ovulation qu'on ne le pense en général.

Le Dr Godson croit, avec Tait, que les ruptures tubaires sont beaucoup plus communes que la plupart des gynécologistes ne le pensent. Il cite un cas où un kyste extra-utérin, situé derrière le col, fut pris pour un utérus gravide rétroversé et subit deux tentatives de réduction (1).

Le Dr Kidd (de Dublin) a choisi pour texte de son discours : **La fièvre puerpérale**. Il ne la considère qu'au point de vue clinique. L'utérus énormément développé, siège d'une vie fort active, pendant la gestation, se vide rapidement par un effort musculaire violent, et constitue une masse de matériaux de rebut dont les éléments constitutifs doivent pénétrer dans le sang, pour être ultérieurement éliminés ; ses vaisseaux sont béants, ses tissus meurtris, le courant sanguin qui l'inondait doit prendre une autre direction, le sang lui-même change dans sa constitution, le système nerveux a subi une violente secousse. Tous ces phénomènes ont rendu difficile une classification méthodi-

(1) Résumé d'après le *Brit. med. Journ.*, 1884, t. II, p. 317.

que. La classification de Barnes, en auto-génétique et hétéro-génétique, est un pas en avant (1).

Kirkland, dans le siècle dernier, reproche déjà à ses contemporains de comprendre « mille maladies » sous le titre de fièvre puerpérale. Bon nombre de ces désordres sont dus au traumatisme. Kidd en fait un groupe dont il examine la pathologie.

Traumatisme. — Malgré les désordres considérables produits par l'accouchement, nous voyons généralement la réaction être très modérée, l'inflammation reste circonscrite. Mais si l'accouchée se trouve dans de mauvaises conditions personnelles ou extérieures, on voit se développer des symptômes morbides, non proportionnés à l'étendue ou à la gravité des lésions, mais qui sont sous leur dépendance. Les pathologistes modernes ont prouvé que ces désordres sont dus à l'introduction d'un poison dans l'organisme, et que certains végétaux, les bactéries, sont des agents essentiels dans la production et la dissémination de ce poison. Quelques savants affirment que, là où il n'existe pas de germe, il ne peut se produire d'inflammation. D'autres avec Burdon Sanderson enseignent que l'inflammation est l'effet physiologique direct du traumatisme, et que les seules inflammations qui aient une relation avec les germes sont celles qu'on peut appeler secondaires ou infectives, que, par suite, les organismes sont plutôt les propagateurs que les facteurs du mal; c'est-à-dire que, lors même qu'une inflammation peut naître sans leur aide, leur présence lui communique la faculté de s'étendre dans des tissus sains jusque-là (2).

B. Sanderson a prouvé que l'introduction dans la circulation d'une grande quantité d'une exsudation, qui est le résultat le plus important d'une violente inflammation locale, ne produit pas d'inflammation secondaire en un autre point et ne trouble pas l'économie. Il a démontré qu'il n'existe pas dans l'atmosphère, ou dans les liquides aqueux qui touchent ordinairement nos corps, de particules phlogogéniques, d'organismes producteurs de l'inflammation. Haller a prouvé que des bactéries recueillies dans des fluides putréfiés peuvent, après avoir été lavées et purifiées, être introduites dans la circulation, sans faire de mal, quoiqu'elles aient conservé leur vie et leur faculté de développement. Il

(1) V. *Ann. de gyn.*, 1882, t. I, p. 174. (A. C.)

(2) V. *Lumleian lectures on inflammation*, par B. Sanderson (*Brit. med. Journ.*, 8 avril 1882, p. 493).

s'en est inoculé à lui-même (1); Wegner (2) a prouvé que l'on peut maintenir le tissu sous-cutané d'un lapin distendu pendant plusieurs jours avec de l'air impur, sans y produire de l'inflammation et que l'effet n'est pas plus nuisible, si l'on y entretient un courant d'air venant d'un amphithéâtre d'anatomie. On ne produit aucun effet en injectant, dans le péritoine d'un lapin, deux onces d'eau chargée de bactéries septiques. Le liquide est absorbé, les lymphatiques du diaphragme sont pleins de bactéries, mais on ne trouve aucune inflammation.

Puis, Sanderson démontre que, toutes les fois qu'une inflammation devient infection, c'est que le liquide d'exsudation a subi une modification chimique, dont la présence des microzymas est une condition essentielle et que, réciproquement, les organismes septiques qui sont infectieux doivent leur propriété infective au milieu dans lequel ils ont vécu. Il rappelle ses expériences, vieilles de douze ans, qui montrent que, chez les rongeurs, la péritonite produite par une injection irritante est toujours infectieuse, quoique le liquide injecté ne soit pas non seulement habité, mais qu'il soit même destructeur des germes; c'était de la teinture d'iode. Cela signifie, selon lui, que l'injection produit d'abord une effusion dans le péritoine, puisque le liquide s'infecte d'éléments figurés venus du canal alimentaire. Les expériences de Sanderson prouvent que, quoique le germe soit nécessaire à la production de l'infection, c'est le milieu, le sol et non le germe qui décide la maladie.

On trouve peu de ces organismes dans les premières voies où les sécrétions acides les tuent; on en trouve davantage dans les intestins, et un peu partout, mais jamais dans le sang d'animaux sains. Ils entrent dans l'organisme par les vaisseaux lactés, la muqueuse pulmonaire, les plaies récentes, et la surface utérine après l'accouchement. Ils existent, sans troubler la santé, dans le corps de l'animal, et s'ils rencontrent un sol propice, tel qu'un tissu mortifié, un liquide d'exsudation, ils font naître la putréfaction qui produit un poison, celui-ci donne naissance à la septicémie.

Nous devons donc conduire le travail de façon à diminuer l'étendue de la lésion, éviter que les membranes se rompent trop tôt, ne pas laisser la tête fœtale presser sur les parties molles assez longtemps pour les déchirer, et, par-dessus tout, éviter toute violence. Il faut,

(1) *Brit. med. Journ.*; 5 janvier 1882, p. 2.

(2) *Ibid.*, 15 avril 1882, p. 527

en outre écarter autant que possible les bactéries extérieures, il faut veiller à la propreté, à la ventilation, à la désinfection, mais les expériences de Chauveau, Kocher, Sanderson, prouvent que les bactéries sortent du tube digestif ou d'ailleurs, pour aller trouver le tissu nécrosé, ce qui nous impose l'obligation, non moins urgente que les autres, d'enlever au plus tôt les produits de décomposition. Si le poison ne pénètre pas trop rapidement et en trop grande quantité, le sang vivant et les tissus sains le neutraliseront. Il faut éviter toutes les collections sanguines ou liquides. Liston obtenait ce résultat en laissant les plaies à l'air libre, pendant cinq ou six heures, ou recouvertes de lint humide, jusqu'à ce que les surfaces fussent sèches; cela avant que l'antisepsie existât; cependant les plaies n'étaient point empoisonnées par les germes atmosphériques. Lister se sert de drains. En obstétrique, nous avons le drainage naturel et les fréquentes injections.

Substances organiques retenues dans l'utérus. — Leur influence nocive est connue depuis Hippocrate. Harvey lavait l'utérus; mais c'est au Dr Braxton Hicks que nous devons la méthode; on voit, par la rapidité avec laquelle elle cède aux injections bien faites, que la fièvre est due à l'absorption du poison.

Dans la phlébite, le mal a son origine dans les veines variqueuses, qui s'enflamment Il s'y forme des thromboses, où se logent des bactéries; si les thromboses se désagrègent, elles voyagent et vont causer des inflammations secondaires et des abcès métastatiques.

Epidémies. — Barnes appelle autogénétiques les cas dont on vient de parler. Ceux dont il va être question ont une histoire clinique différente, et semblent soumis à des causes entièrement différentes. Ils peuvent se manifester avant le travail. Ils ont les caractères des épidémies; presque toujours mortels dans leurs premières manifestations, ils s'atténuent dans la suite. L'auteur rapporte le cas suivant, où la fièvre s'est déclarée avant le travail : Mme X..., qui vit dans d'excellentes conditions hygiéniques, était près du terme de sa grossesse, un de ses enfants était soigné par M. Wheeler pour un pied bot; ne se sentant pas bien, elle consulta Mister Wheeler, qui lui prescrivit un diaphorétique. Le lendemain, 14 avril 1882, la fièvre augmentant, on fit venir l'accoucheur, M. W. Smyly, qui trouva le pouls à 120 et la température à 40°; le 15, à une heure et demie, elle accoucha d'un enfant bien portant; le pouls resta très accéléré, les lochies

... ...panisa; elle mourut le sixième

...émie de fièvre puerpérale observée
... ...54-55 (1).

... que la fièvre puerpérale existe à l'hô-
... ...s en ville; il est sans exemple qu'on
... sans que l'hôpital en fût atteint. »
... maladie a varié de trois à vingt-deux
... l'accouchement chez sept femmes qui
... ...res, prises plus tard, ont, les unes
... aussi. L'auteur reconnaît à ses carac-
... dans cette maladie semblable à elle-
... ...es placées dans des circonstances phy-
... malgré la différence de leurs situations

... s'annonce par quelques cas isolés. Il en
... ...e 1854-55, et de celle de 1826, décrite par
... ...e par MacClintock, a débuté brusquement.
... deux parties éloignées l'une de l'autre
... avait été rebâti complètement et meublé
... après, la fièvre puerpérale y fit son appa-
... ...ue en mars. On le nettoya de fond en
... les murs et les plafonds, on satura les
... ...enthine et on le rouvrit en avril, laissant
... Nouvelle invasion, nouvelle clôture. On prit
... jusque-là réservée aux cas gynécologi-
... ...ent pas moins la fièvre. Les cas gynécolo-
... dans une maison infectée en apparence,
... ...on. Il semble donc évident que la maladie
... *...pitalisme.*

... ...duisit : lorsque l'épidémie déclinait, et
... ...ment, elles furent prises de pelvi-cellulite,
... un grand nombre de femmes accouchées
... ... Les premiers cas se terminèrent par
... ... par résolution : l'épidémie avait épuisé

... ... épidémies puerpérales ont quelquefois

(1) ... *of med. sc.*, vol. XIX, p. 436.

succédé à l'apparition de quelques cas de fièvre typhoïde ou de scarlatine et quelques-uns ont affirmé que les cas puerpéraux n'étaient que des cas de ces maladies (1). Les 89 cas rapportés par Braxton Hicks (2) pourraient à première vue, donner raison à ceux qui ont cette idée; mais, à les bien comprendre, ils prouvent seulement que la scarlatine et d'autres maladies peuvent s'observer dans l'état puerpéral, comme après des opérations. Un cas de Mac Clintock montre les deux maladies évoluant l'une après l'autre. On ne peut pas dire, vu la brièveté de l'inoculation scarlatineuse, que les femmes sont mortes trop tôt pour présenter l'éruption. L'auteur conclut donc à l'existence d'une influence épidémique spéciale.

Quelques-uns enseignent cependant que la fièvre puerpérale n'est qu'un empoisonnement de l'organisme par une matière septique venue des organes génitaux (3).

L'auteur termine en recommandant les précautions antiseptiques que chacun connaît, et qui sont moins superficielles que celles ordonnées par Collin, qui se contentait de faire laver l'enveloppe de la paillasse, après que deux femmes avaient accouché, et à passer à l'étuve la literie, lorsqu'une femme avait succombé dans un lit.

Huit craniotomies chez une même femme. — FANCOURT BARNES communique l'observation d'une femme à laquelle il fit trois fois la craniotomie. Elle a subi la même opération cinq autres fois. Dans un cas, elle eut des jumeaux. M. Barnes fait remarquer que 9 enfants furent tués par cette opération. Il demande s'il ne conviendrait pas, dans de semblables cas, de pratiquer l'opération de Porro.

Nouvelle méthode de traitement de l'hémorrhagie utérine, par le Dr RICHARDSON (de Rhayader). — L'auteur recommande un mélange de fer et d'alun (iron-alum) sous forme de crayon, placé *sur le col* de l'utérus; l'utérus, dit-il, se contracte aussitôt, un caillot solide se forme et la perte est arrêtée. Ce traitement est antiseptique, d'un emploi facile et sans danger. Depuis vingt ans il l'emploie avec succès. Auparavant, il faisait les injections de perchlorure de fer, con-

(1) V. *La fièvre puerpérale n'existe pas*. Siredey: *Ann. de gyn.*, t. I, 1875, p. 174 et 256. (A. C.)

(2) *Obstetrical Transactions*, vol. XII, p. 44.

(3) Schröder, dans son *Traité d'accouchements*.

devinrent fétides et l ... dans un cas, les signes de
jour. ... dans l'utérus, l'hémor-

L'auteur décrit ra ... de ses fibres et par la soli-

au Rotunla par Ma

« Il est rare, dit ... és contre l'hémorrhagie et
« pital, sans qu'o ... employé avec succès l'*iron*-
« en ait observé ... d'eux, le D^r^. Talfourd, re-

L'époque de l'in

heures après la ... morrhagies, 18 métrorrhagies,
ont toutes s ... accidentelles », 4 hémorrhagies
résisté, les a ... *placenta prævia*), 22 hémor-
tères propr ... secondaires ; total : 82 cas.
même et a ... la perte et a été utile comme
siologique ... ardson, s'en loue beaucoup et
hygiéniq ... où les femmes étaient mori-

En gé

a été ai ... ation, de laver le vagin avec du

Collin.

L'hôpi ... mède : $H^4N^2Fe^2 24SO^4 24(H^2O)$.

d'une

à neu ... le Dr MOORE MADDEN (de Dublin). —
ritio ... au *Mater misericordiæ Hospital*,
com ... utérin. Il faut que le col soit ou-
pla ... ent la partie sur laquelle ils doi-
un ... des instruments nouveaux des-
po ... ie beaucoup l'acide nitrique et
qu ... utérines il a eu 39 guérisons et
gi ... de grandes précautions l'injec-
n ... Il faut toujours faire un traite-
n ... topique.

... utérines, par le Dr BYERS (de Belfast).
... l'endométrite ; dans les cas peu
... l'iode, le phénol iodé, em-
... Lorsque l'hémorrhagie est pro-
... en fil de fer de Thomas, puis il
... dans les cas graves, il recommande
... la méthode de Atthill.
... un mémoire sur l'*expression du pla*-

centa, dont il est partisan ; si elle est faite avec violence, elle a l'avantage de nous moins exposer que la traction sur le cordon à la rétention des membranes.

Pour le Dr Elliot, toutes les méthodes sont à peu près égales, pourvu qu'elles soient bien appliquées ; si le placenta est détaché, il importe peu comment on le fait sortir. Il reconnaît le détachement du délivre à la cessation des battements du cordon.

Le Dr Godson n'est pas partisan de l'expectation. Il ne veut pas qu'on emploie la force dans l'expression. Il n'attend jamais plus de vingt à trente minutes avant de faire l'extraction manuelle.

Moyens préventifs de la fièvre des couches, par le Dr Neville. — Il attache la plus grande importance à la propreté et à l'antisepsie. Il donne de l'ergot après la délivrance, il se loue des solutions de sublimé dont il fait usage quelquefois avant la terminaison de l'accouchement.

Le Dr Walter présente un *appareil à transfusion portatif*. Il est en tout semblable à celui de Mac Donnel (de Dublin), sauf que la coupe destinée à recevoir le sang du *donneur* est plus petite et est cylindrique, et à celui de Matthieu, sauf que cette coupe est en verre gradué. L'auteur obtient la propulsion du sang, non en soufflant sur l'ouverture de la coupe, mais en élevant celle-ci assez haut pour produire la pression nécessaire.

A. Cordes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

(*Séance du 4 juin.*)

Extirpation totale d'un utérus cancéreux par le vagin; fistule de l'uretère gauche consécutive; néphrectomie; guérison; récidive au bout de sept mois, par M. le Dr Jules Bœkel (de Strasbourg). — Il s'agit d'une femme de 41 ans, sans antécédents morbides, n'ayant eu qu'un accouchement, il y a vingt ans, et dont la menstruation est régulière. Elle est atteinte d'un carcinome du col utérin : au début, qui ne remonte pas à plus de trois mois, douleurs lombaires extrêmement violentes, mais jamais d'écoulements ou d'hémorrhagies. Col déchiqueté, bourgeonnant, triplé de volume. Véritable chou-fleur encore résistant, au centre duquel on sent nettement l'orifice utérin,

qui donne l'impression d'une ulcération cratériforme ; la base de la portion vaginale présente une induration considérable. Culs-de-sac libres à gauche, où il existe de l'induration. Paramètres libres. Utérus mobile. Etat de santé satisfaisant en apparence. L'hystérectomie vaginale est proposée et acceptée. La malade est purgée la nuit de l'opération ; le soir elle prend une pilule d'opium de 5 centigr. Le jour de l'opération, lavement purgatif.

Opération le 26 octobre, dans l'amphithéâtre ordinaire de l'hôpital, sous le spray. Injection vaginale préalable.

La malade, chloroformisée, est placée dans la position de la taille; les jambes écartées et placées sur des supports fixés à la table d'opération. Les parties génitales sont rasées et désinfectées avec soin. Un spéculum de Sims est introduit dans le vagin ; puis, le col de l'utérus étant saisi avec une pince de Museux est attiré aussi bas que possible. Cet abaissement est relativement aisé, et le spéculum étant enlevé, on parvient à faire saillir le col de plus de 2 cent. 1/2. Pendant qu'un aide le maintient, une incision tranversale est pratiquée sur le cul-de-sac postérieur, et l'on pénètre à travers l'espace de Douglas dans la cavité péritonéale, en ayant soin de ne pas s'éloigner de l'utérus. Ensuite le cul-de-sac antérieur est divisé, et le tissu cellulaire qui sépare la vessie de la matrice facilement décollé à l'aide d'un manche de scalpel ; une sonde introduite dans la vessie sert de guide pendant cette opération et empêche tout traumatisme du réservoir urinaire.

L'utérus libéré en avant et en arrière n'est plus maintenu que par les ligaments larges ; aussi son abaissement devient-il de plus en plus facile : introduisant deux doigts dans le cul-de-sac de Douglas pour saisir le fond de la matrice, l'opérateur, faisant exercer en même temps une traction sur le col, arrive à faire saillir à la vulve le ligament large droit. Une ligature en masse est placée sur lui à 1 cent. 1/2 de l'utérus, à l'aide d'une aiguille courbe armée d'un fort fil de soie phéniqué, puis une pince hémostatique étant placée sur la base, les tissus sont sectionnés entre ces deux points. Pour plus de sûreté, une ligature isolée de soie est placée sur la trompe. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Du côté gauche, la ligature du ligament large est plus difficile; la matrice ne peut être abaissée comme à droite. Une double ligature est cependant faite après quelques efforts sur le ligament large, mais on ne peut opérer à ciel ouvert comme précédemment. Section entre les deux ligatures; l'utérus étant alors totale-

dans un plat. Le corps de la matrice, au voisi-des annexes, est mou, friable, atteint de dégéné-mateuse; les tractions exercées sur l'organe l'ont iveau et produit une perte de substance de la gran-ce de 20 centimes.

anses intestinales viennent alors faire saillie à travers e péritonéale ; mais leur réduction est facile et le prolapsus produit plus. Dans l'angle gauche de la plaie, le tissu péri-est fortement engorgé ; une traînée lymphatique infiltrée con-à un ganglion du volume d'une petite noix. Tous ces tissus, le anglion y compris, sont excisés avec des ciseaux courbes. Une assez forte hémorrhagie se produisit au dernier coup de ciseaux; deux longues pinces hémostatiques sont alors appliquées un peu au hasard et laissées en place. Les fils des précédentes ligatures sont laissés longs et fixés sur les cuisses. Désinfection du vagin avec la solution phéniquée faible ; pas de suture sur le péritoine. Pas de tube à drainage. Tampon de gaze iodoformée.

La malade est transportée dans la salle commune, entre deux opérées ; il y a quinze lits dans cette salle dont neuf sont occupés.

Deux injections de morphine dans la journée ; la malade se plaint de fortes douleurs de reins ; elle vomit plusieurs fois dans la soirée. Temp. 37,5.

Dans les dix jours qui suivent, la température atteint rarement 38°, mais ne les dépasse jamais.

Mais depuis le 30, quatrième jour après l'opération, l'urine s'écoule goutte à goutte par le vagin, malgré le cathétérisme, malgré la sonde de Sims à demeure, et ne tarde pas à excorier la peau de la région. Etat général très satisfaisant.

Le 7 novembre, à part le suintement d'urine qui persiste, bien que la miction se soit rétablie, l'opérée se trouve bien. Le toucher vaginal permet de constater que le fond du vagin est oblitéré, ne communique plus en aucun point avec la cavité péritonéale et se trouve tapissé d'une couche de bourgeons charnus. Vers l'angle gauche de la plaie, il existe une infundibulum dans lequel on peut engager une sonde cannelée à plus de 6 cent. de profondeur.

On avait la certitude de n'avoir pas touché la vessie au cours de l'opération ; les uretères n'avaient pas été intéressés directement par l'opération, car le suintement de l'urine ne s'était manifesté que quelques jours plus tard. On pouvait donc admettre que l'uretère

gauche avait été saisi par la pince hémostatique, fortement comprimé pendant quarante-huit heures, et qu'à la suite de la mortification de ses parois et de la chute de l'eschare, la fistule urinaire s'était produite.

Un examen méthodique fut pratiqué. La malade étant placée dans la position de la taille, un spéculum univalve est introduit dans le vagin; par l'intermédiaire d'une sonde placée dans la vessie, on injecte 200 gr. de lait dans le réservoir urinaire, le lait ressort par la sonde, rien que par la sonde. A l'angle gauche du fond du vagin, surface bourgeonnante, irrégulière, incrustée de sels calcaires : la plaie laisse sourdre un liquide qui remplit bientôt la valve du spéculum et n'est autre que de l'urine. Le diagnostic se trouve donc confirmé, et, en raison de l'impossibilité de pratiquer une autoplastie à cette profondeur, l'extirpation du rein gauche semble la seule chance de guérison.

La néphrectomie est pratiquée le 27 novembre avec les mêmes précautions que la première opération. Purgation. Opium. Antisepsie rigoureuse.

La malade anesthésiée, on la couche sur le ventre sur un coussin destiné à faire saillir la région lombaire.

Incision de 12 cent. parallèle au bord externe de la masse sacro-lombaire, s'étendant de la douzième côte à l'os des iles. Incision de l'aponévrose superficielle du muscle sacro-lombaire, qu'on relève en dedans à l'aide d'une forte érigne; division de l'aponévrose profonde du même muscle mettant à nu le carré des lombes. Plusieurs artérioles sont saisies et liées avec du catgut séance tenante. Incision du carré des lombes parallèlement à la peau; trois ligatures musculaires sont pratiquées. Le fascia transversalis se présente à ce moment; derrière lui, on voit par transparence une anse intestinale et un peloton graisseux; le fascia, divisé dans toute l'étendue de la plaie cutanée, on reconnait le côlon descendant qu'on est obligé d'écarter en dedans pour arriver sur le rein. Le doigt introduit dans la plaie ne tarde pas à tomber vers son angle supérieur sur l'organe facilement reconnaissable à sa surface lisse. Agrandissant la plaie jusqu'à la onzième côte avec un bistouri boutonné, on arrive, après avoir décollé avec le doigt quelques tractus fibreux, à contourner le rein avec facilité et à sentir très nettement son hile. Quelques pressions exercées par un aide sur l'abdomen, combinées avec des mouvements de traction, permettent de faire saillir au dehors l'extrémité supérieure du rein. Dé-

collant avec le doigt sa capsule d'enveloppe, on parvient sans difficulté jusqu'au hile. Ligature isolée de la veine rénale, puis de l'artère et de l'uretère avec un seul et même fil de catgut n° 2 ; finalement d'une deuxième veine volumineuse. Section de ces différents vaisseaux entre la ligature et une pince hémostatique placée sur le bout périphérique. Cela fait, l'extirpation du rein se fait avec la plus grande facilité. La plaie est sèche, la malade n'ayant pas perdu 50 gr. de sang en tout ; sa profondeur est de 10 cent. Le rein extirpé est sain ; il mesure 10 cent. de long sur 5 de large au niveau du hile. Le suintement d'urine cesse aussitôt après l'opération.

Réunion de la plaie à l'aide de sept sutures métalliques. Deux gros drains de 13 mill. de diamètre, de 6 à 8 cent. sont placés dans la plaie à 5 cent. l'un de l'autre.

Pansement avec gaze iodoformée, coton hydrophile, gutta-percha ; le tout maintenu par une bande de tarlatane neuve. La malade est placée dans son lit sur un cadre de suspension. A part quelques vomissements assez pénibles, la journée se passe bien. Temp. 39.4.

La quantité d'urine pendant les vingt-quatre premières heures s'élève à 630 grammes et, à partir du 4 décembre de 1100 à 1700 cent. cubes. Il n'y a pas eu de suppuration sous le premier pansement, mais la sécrétion purulente devient assez abondante pour nécessiter le placement d'un petit drain à l'angle inférieur de la plaie au moment où l'on enlève les sutures (4 décembre).

Le 16. L'opérée se lève pour la première fois, 19e jour.

Le 20. Cicatrisation définitive. Au fond du vagin, on constate encore au niveau de l'angle gauche quelques bourgeons charnus qu'on réprime avec la pierre infernale.

Le 30. La malade sort guérie.

Vers le milieu de mars, des douleurs de reins analogues à celles éprouvées au début de la maladie reparaissent. Il n'existe cependant qu'une petite induration au fond du vagin.

Vers la fin d'avril, écoulement sanieux, fétide, par le vagin. La malade rentre à l'hôpital et elle succombe le 20 mai à une récidive dans les ganglions abdominaux.

Autopsie. — Rein droit flasque, volumineux, néphrite parenchymateuse avec dégénérescence amyloïde. Vessie fortement adhérente à une anse intestinale, soudée en outre très intimement à l'appendice iléocæcal par un noyau cancéreux. Ganglions lombaires et iliaques hypertrophiés, durs, carcinomateux. Glandes mésentériques

remplies de masses épithéliales blanches. L'uretère gauche se termine en cul-de-sac dans la région rénale. On le sectionne au niveau de la dernière vertèbre lombaire, et l'on y introduit un stylet qui mène dans une vaste cavité occupant tout l'espace compris entre les parois du petit bassin et la vessie. Elle est entourée d'une série de glandes lymphatiques carcinomateuse, unies les unes aux autres par des tissus fibreux. Cette excavation s'étend en arrière jusqu'à la pointe du coccyx et communique librement avec le vagin en bas. Au-dessus de la valvulve iléo-cæcale, on constate la communication d'une anse intestinale appartenant à l'iléon avec cette cavité. Paroi postérieure du vagin recouverte de masses cancéreuses; cette paroi mesure 3 cent. 1/2 de long, la paroi antérieure 7 cent. Trompe de Fallope hydropique. L'ovaire droit renferme un noyau carcinomateux; ovaire gauche hyperhémié. Foie amyloïde; cœur petit; épaississement de la mitrale.

Au point de vue opératoire, c'est là un double succès qui montre une fois de plus les hardiesses que l'on peut tenter au sein même d'un vieil hôpital, grâce à la méthode antiseptique; mais c'est là tout. Sans doute, si les risques encore bien grands de l'opération en elle-même, en dépit de tous les perfectionnements récents, étaient compensés par la certitude d'une guérison durable, serions-nous en droit d'en affronter les dangers. Mais une opération qui emporte encore une malade sur trois (voir le travail de Schwartz in Revue de chirurgie 1882, p. 488 et suiv.) semble bien grave pour devoir être vulgarisée. Il s'agit ici de l'extirpation totale de l'utérus par le vagin. L'extirpation par la laparotomie donne une mortalité bien supérieure, elle tue les 4/5 des opérées.

D'autre part, le nombre de récidives, qui ne peut guère être établi rigoureusement, est considérable d'après les observations publiées. Aussi, si cette opération ne doit pas être rejetée d'une façon absolue, M. Bœckel pense qu'on ne doit la pratiquer qu'exceptionnellement au début de l'affection, alors que l'extrémité seule du col se trouve atteinte. Il pose encore les conditions suivantes : que les paramètres soient libres, que le vagin soit intact, que la matrice puisse être abaissée. Ces conditions existaient chez la malade qui fait le sujet de cette communication. Malgré ces circonstances en apparence favorables, il y avait une infiltration des ganglions profonds qu'on ne pouvait soupçonner et qui ont rendu illusoire tout espoir de guérison définitive.

M. Verneuil, après avoir félicité le présentateur dit que cette observation confirme de point en point la doctrine qu'il a toujours soutenue avec M. Polaillon, à savoir que l'hystérectomie appliquée au traitement du cancer utérin est une mauvaise opération qui doit être réservée pour des cas tout à fait exceptionnels. Lorsqu'elle réussit, ce qui est loin d'être constant, elle ne donne pas une survie supérieure à celle que l'on obtient à l'aide de pansements ou d'opérations palliatives simples.

La dégénérescence observée sur le rein droit est le résultat du surmenage de l'organe, et, dans le cas où la malade aurait survécu à son cancer, elle serait morte de ses reins. C'est là un fait dont il y a lieu de tenir grand compte lorsqu'on se propose de pratiquer la néphrectomie.

M. Terrier s'est trouvé en présence d'un cas de cancer utérin dans lequel l'hystérectomie paraissait indiquée. Sa malade se trouvait à peu près dans la même situation que celle de M. Bœckel. Il n'a cependant pas fait l'opération, estimant que les difficultés et la gravité qu'elle présente ne sont pas compensées par les résultats obtenus en cas de succès. Il signale comme particulièrement laborieux : la séparation de l'utérus et de la vessie, la ligature en masse des ligaments larges quelquefois impossible et la possibilité de blesser les uretères.

Par contre, les opérations moins radicales, plus faciles et moins dangereuses, donnent des résultats souvent très satisfaisants.

M. Polaillon dit que l'hystérectomie active la marche du néoplasme et que les opérations palliatives sont de beaucoup préférables.

M. Lucas-Championnière pense que l'opération radicale pourra devenir moins grave et plus fréquemment applicable ; les opérations partielles lui semblent de médiocre valeur.

M. Terrier pense que, dans le cancer en général, les chances de guérison sont d'autant plus grandes qu'on a fait un sacrifice plus considérable et que si les progrès de la médecine opératoire permettent de faire des ablations totales sans trop de mauvaises chances, c'est à celle-ci qu'il faudra avoir recours.

M. Trélat dit que les soins, les ménagements, le traitement des surfaces ulcérées donnent des résultats fort convenables chez les femmes atteintes de cancer utérin. L'opération partielle ne donne aucun résultat définitif. Il ne s'est jamais trouvé en présence d'un cas où l'opération totale fut possible.

M. Bouilly insiste sur la nécessité d'abaisser l'utérus. Si cette condition ne peut être réalisée, l'opération est impossible.

R. Chenet.

VARIÉTÉS

Cours complet d'accouchements. — M. Verrier, préparateur à la Faculté, commencera ce cours le lundi 15 septembre prochain, à 4 heures, 129, rue Saint-Honoré, près la rue du Louvre. Les leçons auront lieu tous les jours à la même heure, le jeudi excepté. Le cours sera terminé pour la rentrée, en novembre.

Exercices pratiques avec le nouveau fantôme. On s'inscrit de 1 h. à 3 h., 129, rue Saint-Honoré.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Les *Annales de Gynécologie* ont recu :

Grundriss der operativen Geburtshilfe für Praktische und Studirende, par le Dr Friedrich Shauta, professeur d'accouchement à l'Université d'Inspruck.

Pathologie und Therapie der Frauen-Krankheiten, par le Dr Auguste Martin, professeur de gynécologie à l'Université de Berlin.

Le gérant : A. Leblond.

Paris. — A. Parent, imp. de la Fac. de médec., A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue M.-le-Prince, 14.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

DES APPLICATIONS DE FORCEPS
DANS LES VARIÉTÉS POSTÉRIEURES DU SOMMET ET DE LA FACE

Par F. Loviot.

Avec Jacquemier, Depaul, Blot, Joulin, Bailly, Tarnier, etc., la plupart des accoucheurs adoptent comme règle de conduite générale la réduction à l'aide du forceps des variétés postérieures du sommet et de la face qui ne se réduisent pas spontanément, ou par une simple intervention manuelle.

Mais par quel procédé? Tous les auteurs français conseillent une application oblique (par rapport au bassin), c'est-à-dire le placement des cuillers aux extrémités du diamètre oblique libre, symphyse sacro-iliaque d'un côté, éminence iléo-pectinée du côté opposé.

Comme on peut s'en rendre compte en regardant la figure 1 (nous raisonnerons d'abord sur les variétés postérieures du sommet que nous prendrons comme base de notre argumentation), la concavité des cuillers est tournée du côté du front, à gauche du bassin dans les O.I.D.P., elle serait tournée à droite dans les O.I.G.P.



Figure 1.

Lorsque l'opérateur aura achevé la descente du sommet et complété la flexion, il devra accomplir un mouvement de rotation de droite à gauche, dans le premier cas, de gauche à droite, dans le second cas, de manière à éloigner l'occiput du sacrum et à le rapprocher de la symphyse.

L'occiput, abandonnant l'extrémité postérieure d'un diamètre oblique, devra, avant d'atteindre la symphyse, occuper successivement, et comme par étapes, une des extrémités du diamètre transverse et l'extrémité antérieure du diamètre oblique de nom contraire.

Pendant ce temps, les cuillers du forceps évolueront dans

un sens opposé d'avant en arrière, l'occiput progressant d'arrière en avant.

Lorsque la variété postérieure sera devenue transversale, les cuillers deviendront antéro-postérieures; l'une regardera directement la symphyse, l'autre la face antérieure du sacrum.

Lorsque l'O.T. sera devenue O.A , les cuillers seront placées aux extrémités du diamètre oblique opposé à celui qu'elles occupaient primitivement; et, enfin, lorsque l'occiput sera complètement ramené en avant, les cuillers occuperont l'extrémité du diamètre transverse, mais leur concavité sera tournée du côté du sacrum, c'est-à-dire en sens inverse de la

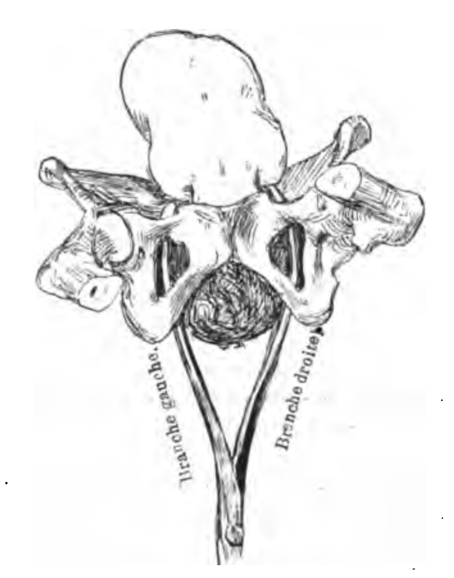


FIGURE 2.

concavité de la courbure pelvienne, la branche gauche occupera le côté droit du bassin, la branche droite le côté gauche, et tout sera aussi irrégulier et aussi anormal que possible (fig. 2).

La règle primordiale et imprescriptible de toute application

de forceps : branche gauche à gauche du bassin, branche droite à droite du bassin, sera violée, et une concavité (concavité du bord antérieur des cuillers) sera en rapport avec une convexité (convexité postérieure) de l'axe curviligne du canal pelvien.

La cuiller postérieure (fig. 3) (1) aura parcouru, pour obtenir ce résultat, tout l'espace compris entre A et A', c'est-à-dire entre l'extrémité postérieure du diamètre oblique droit et l'extrémité droite du diamètre transverse, en passant successivement par l'extrémité postérieure du diamètre antéro-postérieur et l'extrémité postérieure du diamètre oblique gauche, c'est-à-dire trois huitièmes de circonférence.

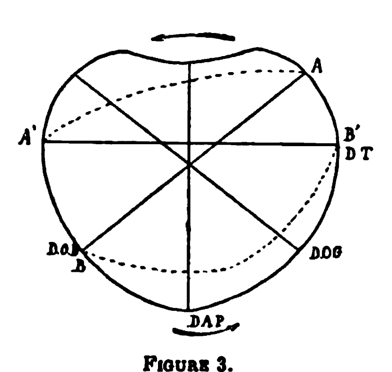


FIGURE 3.
A A' chemin parcouru par la cuiller postérieure. — B B' chemin parcouru par la cuiller antérieure.

La cuiller antérieure parcourt également, mais en sens inverse, trois huitièmes de circonférence, espace compris entre B et B', pour aller de l'éminence pectinée du côté droit, en passant par la symphyse et l'éminence iléo-pectinée gauche, à l'extrémité gauche du diamètre transverse.

Voici comment s'exprime M. Tarnier (art. FORCEPS. *Dictionnaire de méd. et chir. prat.*, p. 326) au sujet des applications obliques de forceps dans les O.P. :

(1) Il s'agit d'une O.I.D.P.

« Les premières tractions faites avec le forceps seront donc « directes pour produire la flexion de la tête; on les combinera « ensuite avec un mouvement de rotation qui portera d'abord « l'occiput sur le côté du bassin, en position O.I.T. A ce mo- « ment l'une des cuillers se trouve directement en avant et « l'autre directement en arrière, si on a primitivement saisi « la tête d'une oreille à l'autre; on désarticule alors l'instru- « ment, on en retire les branches pour les appliquer de nou- « veau, comme s'il s'agissait d'une position O.I.T. primitive.

« Quelques opérateurs ne craignent cependant pas de com- « pléter le mouvement de rotation de la tête sans désarticuler « le forceps, qui se trouve alors anormalement dirigé, la petite « courbure en arrière, la grande courbure en avant, la bran- « che à pivot ramenée à droite, la branche à mortaise passée « à gauche, sans qu'il en résulte un inconvénient, si l'opéra- « teur est habile. M. H. Blot est le premier qui ait pratiqué « cette opération sous mes yeux; je l'ai imité depuis cette « époque et je n'ai eu qu'à me louer de ce procédé opératoire; « il est rare que je ne termine pas l'accouchement sans désar- « ticuler le forceps. Néanmoins, c'est là une direction pour « laquelle le forceps courbé n'est pas fait, aussi pourrait-on, « dans ce cas, employer de préférence un forceps droit. »

« On est quelquefois même obligé de placer les cuillers sur « les côtés du bassin et de saisir la tête du front à l'occiput.

« Ce sont là des inconvénients réels, car lorsque l'occiput a « été ramené sous la symphyse pubienne, la petite courbure « du forceps, au lieu d'être dirigée en avant, est placée de « côté et l'une des cuillers appuie par le plat sur le périnée, « qu'elle menace de déchirer. Quand on a une grande habi- « tude des opérations obstétricales, on peut achever ainsi le « dégagement de la tête; il est cependant plus prudent de re- « tirer complètement les deux branches pour les réappliquer « de nouveau sur les deux bosses pariétales; d'autres fois, on « peut se contenter de désarticuler le forceps sans le retirer « et de faire glisser ensuite les cuillers sur les côtés de la « tête; quand elles y sont parvenues, on articule de nouveau

« pour achever l'extraction de la tête comme dans l'applica-
« tion la plus simple. » (*Atlas complém. de tous les traités d'accouch.*, 1862, par A. Lenoir, Sée et Tarnier.)

Bien que MM. Tarnier et Ribemont aient démontré que la torsion du cou du fœtus, si redoutée des anciens, n'a pas de conséquences fâcheuses, même lorsque la tête fœtale accomplit une rotation de plus d'un quart de cercle, il est bien permis de se demander si les parties molles du bassin de la femme et les organes qui y sont contenus ont une semblable tolérance, quel que soit le peu de forces déployées par l'opérateur, à plus forte raison s'il n'agissait pas avec les ménagements nécessaires.

Et ce n'est pas tout. Si, à l'exemple de Blot, de Tarnier et de quelques autres accoucheurs, sans désemparer, une fois la rotation accomplie, on dégage la tête avec le forceps ainsi placé sens devant derrière, les parties molles et le périnée courront des dangers sur lesquels il est inutile d'insister.

Si cette manœuvre réussit à d'habiles opérateurs comme ceux que nous venons de citer, elle ne saurait à aucun titre constituer un procédé classique, puisqu'elle ne tient pas compte de la configuration du forceps et de ses rapports nécessaires avec le bassin, et qu'elle n'est pas sans péril, de l'aveu même de ceux qui en font usage.

Employât-on même le forceps droit, ce qui ne conviendrait que pour les cas où la tête est suffisamment engagée dans l'excavation, on échapperait, il est vrai, au grave reproche de méconnaître les relations qui doivent exister entre le forceps et le bassin, mais on n'échapperait pas à celui d'agir fâcheusement sur les parties molles.

Enfin, ramènera-t-on toujours l'occiput en avant par ce procédé ? Nullement, on court le risque de le faire tourner en arrière et de transformer une O.P. en O.S.

En effet, supposons une O.I.D.P. : la cuiller de la branche gauche placée la première et en regard de la symphyse sacro-iliaque gauche, — si elle n'est pas exactement maintenue dans cette situation et si le manche n'est pas bien placé parallèle-

ment à la cuisse du côté opposé, — va faire levier, déplacera la tête de telle sorte que le front tournera vers la symphyse et l'occiput vers le sacrum.

Cette fausse manœuvre est moins rare qu'on pourrait le penser, et le procédé en est au moins aussi responsable que l'opérateur.

Quand la rotation intérieure ne se fait pas dans les O.P., divers procédés d'intervention manuelle ont été conseillés par les auteurs.

Velpeau glissait un ou deux doigts derrière l'occiput ou repoussait le front en arrière.

Dix-neuf fois sur vingt le résultat cherché n'est pas obtenu (Tarnier).

Mattei pratiquait d'une main la manœuvre de Velpeau, tandis que de l'autre main il agissait sur les fesses ou sur le dos du fœtus.

Certains accoucheurs anglais appuient le bout du doigt sur le bord des sutures ou des fontanelles, dans les cas faciles, et cherchent ainsi à entraîner l'occiput dans le sens du mouvement qu'il doit accomplir.

M. Tarnier dit n'avoir jamais rien obtenu par le procédé qui consiste à favoriser la flexion, en appuyant un doigt sur la fontanelle antérieure pour la repousser en haut.

Cet auteur conseille la manœuvre suivante qui, d'après lui, réussirait quatre fois sur cinq : lorsque la dilatation de l'orifice utérin est complète et que la rotation intérieure ne se fait pas dans les O.P., M. Tarnier introduit profondément l'index gauche dans les O.I.D.P., l'index droit dans les O.I.G.P., de manière à interposer cet index à la convexité du pavillon de l'oreille et à la paroi crânienne correspondante. Cela fait, il attend le moment de la contraction utérine et quand celle-ci survient, il appuie sans violence, mais avec force, sur le pavillon de l'oreille, de droite à gauche ou de gauche à droite, suivant qu'il s'agit d'une droite postérieure ou d'une gauche

postérieure, délogeant ainsi l'occiput et l'entraînant dans la direction du pubis.

Si la rotation complète n'est pas immédiatement obtenue, si la variété O.P. est transformée en O.A. ou seulement en O.T., c'est toujours autant de fait; l'occiput aura commencé d'accomplir sa rotation dans le sens favorable, il pourra l'achever spontanément, ou au besoin on renouvellerait la même manœuvre. Que si ce modus agendi donne à M. Tarnier quatre succès sur cinq cas, il ne faudrait pas en inférer que cette proportion sera toujours obtenue, et, d'après M. Tarnier lui-même, une fois sur cinq il faudra avoir recours au forceps.

Les accoucheurs belges, au lieu de la main, emploient le levier pour repousser le front en arrière.

De ces considérations, il résulte que les auteurs admettent tous la possibilité de déplacer la tête fœtale, manuellement, et de lui faire ainsi quitter un diamètre pour en occuper un autre; les procédés diffèrent, le but est le même; il nous importait d'en prendre acte.

En effet, le procédé que nous proposons est, à proprement parler, un procédé manuel; car, une fois la manœuvre que nous conseillons exécutée, nous rentrons dans les règles classiques de l'application du forceps. Néanmoins, on peut le considérer comme un procédé mixte, manuel d'abord, instrumental ensuite.

Admettons une O.I.D.P. dont la rotation ne peut se faire. La main gauche, le pouce excepté, graissée sur ses faces dorsale et palmaire, sera introduite dans les voies génitales, dans l'intervalle de la contraction utérine, suivant la direction du canal pelvien; non latéralement et dans une situation intermédiaire à la pronation et à la supination, mais postérieurement, en supination, de telle sorte que le dos de la main repose sur la face postérieure du conduit vaginal, le coude, abaissé de plus en plus, au fur et à mesure que la main doit pénétrer plus profondément dans le canal pelvien, pour qu'elle puisse progresser dans la direction de son axe, manœuvrant

comme dans le premier temps de la version, dans le procédé qui consiste à pénétrer dans l'utérus en suivant la courbure vagino-sacrée.

L'opérateur contourne ainsi la tête fœtale d'avant en arrière, jusqu'à ce que la paume de la main embrasse dans sa concavité le pariétal postérieur.

Pendant que la main gauche accomplit ce premier temps, la face palmaire de la main droite, largement appuyée sur la paroi abdominale, maintiendra le fond de l'utérus.

La main ainsi placée, le bord radial de l'index se frayera un chemin entre la paroi postérieure de l'excavation et la tête, dont elle repoussera en avant de droite à gauche l'extrémité occipitale, jusqu'à ce qu'elle puisse prendre, au niveau de la symphyse sacro-iliaque, la place abandonnée par l'occiput.

L'accoucheur a pour ainsi dire creusé la loge que doit occuper la cuiller de la branche du forceps (fig. 4).

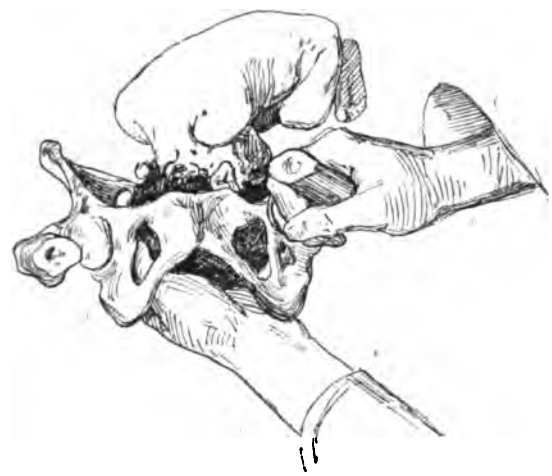


FIGURE 4. — La main toute entière est dans le bassin, pour la clarté de la figure, mais, dans la plupart des cas, le pouce ne doit pas être introduit.

Quant à l'occiput, il a changé de diamètre : du diamètre oblique gauche, il a passé dans le diamètre oblique droit, car il ne s'arrête ordinairement pas au niveau du diamètre trans-

verse quand il a commencé d'accomplir sa rotation. « Quand l'occiput primitivement en arrière accomplit sa rotation, il ne séjourne pas sur les côtés du bassin. (Pinard. Art. FORCEPS. *Dict. encyclop. des sciences médicales.*)

L'O.I.D.P. est donc ainsi transformée en O.I.D.A. ; le diamètre oblique droit est occupé, le diamètre oblique gauche est libre ; les cuillers seront placées aux extrémités du diamètre oblique gauche, et on commencera par la branche droite, l'extrémité postérieure du diamètre oblique gauche aboutissant à la symphyse sacro-iliaque droite.



FIGURE 5.

On agira comme si on s'était trouvé en présence d'une O.I.D.A., et, pour ce qui concerne l'application du forceps, on n'aura qu'à se conformer à la règle si bien formulée par le Dr Pinard : « Dans les positions obliques, placez les deux cuillers aux deux extrémités du diamètre oblique vide, en commençant par introduire et placer la branche qui doit occuper l'extrémité postérieure de ce diamètre. » (Fig. 5.)

On commencera par la branche droite, non seulement parce que son placement est plus facile, non seulement parce que

la branche antérieure, introduite la première, gênerait pour l'introduction de la branche postérieure, mais aussi parce que la branche postérieure fait levier, empêche l'occiput de retourner en arrière et le pousse en quelque sorte en avant, surtout si on a soin d'en abaisser le manche.

Les choses ainsi disposées, l'occiput ne pourra plus rétrograder; le rôle de levier joué par la branche postérieure, placée convenablement bien entendu, a donc une grande importance.

Lorsque, dans une O.I.D.P., on respecte la direction de l'occiput,et qu'on raisonne d'après cette direction constatée par le palper et le toucher, c'est le diamètre oblique gauche qui est occupé, c'est le diamètre oblique droit qui est libre; on placera les cuillers aux extrémités de ce dernier diamètre et on commencera par la branche gauche qui, dans l'espèce, est la branche postérieure.

Mais on ne pourra pas faire que la main d'abord, la cuiller ensuite, ne fassent levier et ne mobilisent la tête, seulement, c'est dans un sens défavorable que s'exerceront ces actions successives, puisqu'elles auront pour effet de rapprocher le front de la symphyse et l'occiput de la concavité du sacrum.

Dans certains cas même, l'introduction de la main sera suffisante pour déterminer cette rotation défavorable, et lorsqu'on se dispose à introduire la première cuiller, ce n'est plus à une O.I.D.P., c'est à une O.S. que l'on a affaire. Si la main n'a pas suffi, la cuiller agissant à son tour comme levier pourra amener le même résultat.

Le même raisonnement pourrait être reproduit, les termes seuls étant changés, pour les O.I.G.P.: la main droite sera introduite, avec les précautions indiquées ci-dessus, elle délogera l'occiput et le fera passer du diamètre oblique droit dans le diamètre oblique gauche; l'O.I.G.P., ainsi transformée en O.I.G.A., le diamètre oblique droit sera libre; c'est à ces deux extrémités qu'on placera les cuillers et c'est par la branche gauche, qui cette fois sera la branche postérieure, que l'on commencera,

Si l'on n'a pas érigé en méthode une conduite qui a dû certainement être tenue par erreur, par hasard ou lorsqu'on voyait qu'on ne pouvait pas faire autrement, c'est que l'on est habitué à considérer la tête fœtale comme occupant une situation fixe, immuable, comme cela est figuré dans les livres.

Il en est bien ainsi avant qu'on intervienne et le raisonnement que l'on tient, d'après cette situation, est exact, tant que l'on n'a rien fait; mais il cesse de l'être, au moins dans sa rigueur et la plupart du temps, quand on intervient.

La main introduite et faisant levier va faire d'une O.A. une O. pubienne; on avait décidé une application oblique, une application directe devient suffisante; si ce n'est pas la main qui fait ainsi tourner l'occiput, ce sera quelquefois la première cuiller introduite qui, appliquée obliquement, et qui, suivant l'occiput dans son évolution, se placera d'elle-même transversalement, simplifiant ainsi le placement de la seconde cuiller.

S'agit-il d'une O.P., ou bien la main ou bien la première cuiller en fera une O.S., — disons plus, quelquefois la mobilité de la tête a pu masquer et servir l'inhabileté de l'opérateur.

Voici une O.I.D.P.: l'opérateur, ayant fait son diagnostic ou ne l'ayant pas fait, pratique purement et simplement une application directe, commençant par la branche gauche comme il est de règle pour cette application. Sa main droite, placée de champ et introduite la première, d'avant en arrière, déplace le front et le repousse plus ou moins loin en arrière, l'occiput se déplace nécessairement d'autant en sens inverse, c'est-à-dire en avant, la cuiller introduite fait levier à son tour et agit dans le même sens que la main, surtout si elle est parallèle à la cuisse de même nom; la seconde cuiller est alors introduite parallèlement à la première, on articule, on tire; la tête, plus ou moins bien saisie, se dégage tant bien que mal en O. pubienne, à la satisfaction de l'opérateur, qui, en présence du résultat, ne s'apercevra pas de l'erreur qu'il a commise, ou estimera que rien n'est plus simple qu'une application de forceps, et qu'un diagnostic exact n'est pas nécessaire.

C'est ainsi qu'une applieation directe, la branche droite introduite la première, peut réussir pour une O.I.G.P. Mais si nous invoquons ces faits exceptionnels comme preuve de la mobilité de la tête fœtale, hâtons-nous de dire bien haut que cette mobilité, loin de favoriser ceux qui voudraient l'exploiter d'une façon hasardeuse et aveuglément, leur préparerait de cruelles déceptions.

Aussi bien sera-t-elle d'un grand secours à ceux qui, ne livrant rien à l'aventure, l'utiliseront avec calcul et méthodiquement.

Chaque cuiller n'ayant qu'un huitième de circonférence à parcourir au lieu de trois huitièmes, le chemin des cuillers est abrégé des deux tiers dans notre procédé, c'est-à-dire en transformant préalablement avec la main l'O.P. en O.A. (fig. 6.)

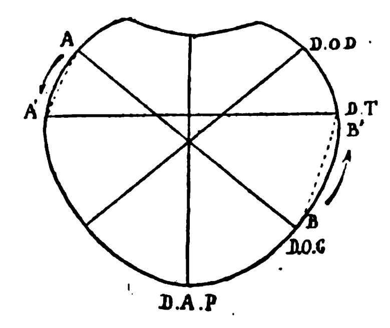


FIGURE 6. — A A' chemin parcouru par la cuiller postérieure. — B B' chemin parcouru par la cuiller antérieure.

La compression, l'attrition, le glissement des parties molles sont diminués d'autant.

Nous avons vu que l'opérateur classique était dans l'alternative ou de ne faire qu'une seule application de forceps, et alors de dégager la tête avec un forceps, dont la cuiller gauche est passée à droite, et la cuiller droite à gauche, et dont le bord concave regarde le périnée, ou, une fois la rotation accomplie et le forceps sens devant derrière,

de désarticuler l'instrument, de retirer les branches et de faire une seconde application.

Ce dernier inconvénient, la seconde application, ne doit pas être négligé; mais, ce que nous redoutons surtout dans cette manœuvre, c'est la longue et brutale évolution du forceps, c'est, lorsque l'on prend ce parti, — et nous avons dit qu'il était conseillé par des accoucheurs autorisés, — l'extraction de la tête à l'aide du forceps retourné. Avec la méthode classique, l'opérateur peut faire tourner l'occiput dans un sens défavorable, et transforme une O.P. en une O.S., en raison de l'action de levier exercée par sa main d'abord et par sa cuiller ensuite; avec notre méthode, nous croyons avoir démontré que cela est impossible, et que les leviers, main et cuiller, non seulement favorisent la rotation en avant, mais encore s'opposent à la rotation en arrière.

Enfin, notre méthode substitue à une règle un peu compliquée une règle simple et facile à retenir.

L'occiput pourra plus ou moins se rapprocher de la symphyse, dans l'intervalle de l'examen et de l'opération; l'introduction préalable de la main pourra plus ou moins agir dans le même sens, ce sera une O.I.P., T. ou A., à laquelle on aura primitivement affaire; du moment qu'il ne s'agit pas d'une application directe, que l'occiput n'est pas derrière la symphyse, qu'il faut par conséquent faire une application oblique, la règle est la même : *occiput à gauche, branche gauche la première et placée en regard de la symphyse sacro-iliaque gauche. Occiput à droite, branche droite la première et placée en regard de la symphyse sacro-iliaque droite.*

Quant à la branche antérieure, gauche ou droite suivant les cas, on lui fera décrire la spirale classique, pour qu'elle vienne se mettre en rapport avec l'éminence iléo-pectinée.

Le praticien, une présentation du sommet reconnue, par exemple, n'a plus qu'à rechercher si l'occiput regarde le côté gauche ou le côté droit du bassin, et peut négliger à la rigueur de reconnaître la variété de position; du moment que la rotation intérieure n'est pas accomplie, que la suture sagittale

ne dessine pas le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, il fera une application oblique selon la règle ci-dessus énoncée.

Mais l'occiput peut primitivement occuper le diamètre transverse, comme cela se voit dans les bassins rachitiques et chez certaines multipares; — ou, secondairement, si la main introduite n'ayant pas transformé la variété postérieure en variété antérieure, l'occiput s'est arrêté à mi-route, fait rare, comme nous l'avons dit plus haut.

Ici encore, il faudrait faire une application oblique comme précédemment, la saisie de la tête pourrait n'être pas tout à fait régulière, — de la bosse frontale d'un côté à la partie latérale de l'occiput de l'autre côté, et non exactement d'une bosse pariétale à l'autre, — mais ce serait demi-mal, et on pourrait très bien se tirer d'affaire.

Au reste, pour les O.T., notre règle n'est autre que la règle classique qui, dans les O.I.G.T. et dans les O.I.D.T., prescrit une application oblique, en commençant par la branche gauche dans le premier cas, par la branche droite dans le second.

Mais, si l'occiput a tourné en arrière dans la concavité du sacrum, si on est en présence d'une O.S., que fera-t-on? D'après le calcul de West, sur 100, O.P., 4 fois l'occiput, tournant en arrière, se placerait en O.S.

Cette proportion est importante à connaître, car elle permet d'établir que la rotation en arrière de l'occiput est un fait rare, 1 fois sur 25 cas.

Par conséquent, avant toute intervention, l'accoucheur, primitivement en présence d'une O.P., constatera la plupart du temps que la rotation de l'occiput, qui ne s'est pas effectuée en avant, ne s'est pas accomplie non plus en arrière, au moins complètement, et que la suture sagittale n'est pas franchement en rapport avec le diamètre postéro-antérieur du détroit inférieur.

La manœuvre que nous avons indiquée pourra et devra donc être exécutée.

Mais, en nous plaçant dans l'hypothèse des 4 cas sur 100,

où on a franchement affaire à une O.S., ce qui se produit surtout à la suite d'une fausse intervention manuelle ou instrumentale, tentera-t-on encore de ramener l'occiput en avant?

L'accouchement spontané, la tête se dégageant en O.S., peut être observé exceptionnellement, lorsque la femme est multipare, que le bassin est large, que l'utérus se contracte énergiquement, que l'enfant n'est pas trop gros, mais généralement la question d'intervention se pose.

Dégagera-t-on en O.S., ou ramènera-t-on l'occiput derrière le pubis? Et, si l'on prend ce dernier parti, par quel procédé? Le dégagement en O.S. est difficile et dangereux, surtout chez les primipares, les tractions nécessitent l'emploi d'une force exagérée; les tissus maternels sont exposés aux plus grands dangers, et il suffit d'avoir dégagé une fois avec le forceps un fœtus à terme en O.S., chez une primipare, fut-ce avec un succès complet, pour n'être pas tenté de recommencer.

Smellie, le premier, conseilla la rotation en avant, pratique combattue par un grand nombre d'accoucheurs, et non des moins fameux : Pouzos, Levret, A. Petit, Solagrès, Baudelocque, Capuron, Moreau, Nœgelé, Cazeaux, etc., qui la repoussaient à cause de la torsion du cou qu'elle nécessite, et des lésions mortelles qu'ils croyaient devoir se produire.

Cependant, Paul Dubois et Danyau l'employèrent, mais dans des cas exceptionnels; elle est repoussé par Stoltz, Pajot, Grenser, Hernyaux, Chassagny, Silleneuve (de Marseille), et ce furent seulement Jacquemier, Depaul, Blot, Joulin, Bailly, Tarnier, qui en firent une règle de conduite générale.

Le professeur Tarnier, dès 1864, démontra expérimentalement qu'il n'y avait pas à redouter les conséquences de la torsion du cou, et M. Ribemont, récemment, a confirmé les conclusions de M. Tarnier, en pratiquant des coupes sur des fœtus congelés.

Mais, comment appliquera-t-on le forceps? M. Tarnier (art. Forceps. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*), à propos des applications directes, après avoir dit

comment se fait l'application directe en O. pubienne s'exprime ainsi, en ce qui concerne l'O.S.: « L'application des cuillers n'a « rien ici de particulier, mais on peut terminer l'accouche- « ment de deux façons différentes, suivant qu'on laissera « l'occiput en arrière, ou qu'on le ramènera derrière le pubis « par un mouvement de rotation imprimé à la tête, encore « contenue dans l'excavation. »

Il faudrait donc, dans les O.S., faire d'abord une application directe, fléchir et abaisser la tête, enfin tenter la rotation, lorsque la tête serait en contact avec le détroit périnéal.

Le sens dans lequel on devra diriger l'occiput pourrait, au besoin, être reconnu par le palper, qui indiquerait la situation du dos, lequel, ne suivant pas complètement la rotation de l'occiput, regarde encore plus ou moins à droite ou à gauche, et on n'aurait pas l'embarras des anciens auteurs qui, privés de cette ressource, ne savaient pas, lorsqu'ils constataient l'O.S., sans avoir pu suivre préalablement la marche du travail, dans quel sens ils devaient effectuer la rotation; l'auscultation, lorsque l'enfant est vivant, pourrait contribuer à éclairer l'observateur. Mais, quand bien même on a cette connaissance, la chose est plus facile à dire qu'à faire. Ce n'est pas trois huitièmes de circontérence, c'est quatre huitièmes, une demi-circonférence, que devront parcourir l'occiput et chacune des cuillers, et cela, lorsque la tête appuie sur le périnée, et que celui-ci menace à chaque instant de se rompre.

C'est pourquoi, en raison de ces difficultés, et considérant d'une part que les O.S. spontanées sont très rares, d'autre part que les O.S. artificielles ont surtout chance de se produire, quand on introduit la main et la cuiller en vue d'une application directe, sommes-nous porté à conseiller de se comporter pour les O.S. comme pour les O.P., c'est-à-dire de déplacer avec la main l'occiput dans le sens de sa rotation antérieure, de faire une application oblique.

Au besoin, si une première application ne donnait pas de résultat satisfaisant, plutôt que d'user de violence, on retire-

rait les branches et on ferait une nouvelle application plus régulière.

Nous pensons surtout que l'accoucheur, dans les O.P. qui ne se réduisent pas spontanément, évitera la production d'une O.S., s'il opère, le moment venu, d'après les principes que nous avons exposés.

Quand la tête est au détroit supérieur, au niveau ou même au-dessus de ce détroit, contrairement à l'opinion qui veut que, quelle que soit la position de la tête, on place les deux cuillers sur les parties latérales du bassin, nous croyons qu'on doit rejeter cette méthode allemande et faire une application oblique, en commençant par la branche de même nom que le côté du bassin vers lequel l'occiput est tourné, ce que l'on pourra faire d'autant mieux, qu'il s'agira la plupart du temps de variétés transversales et que, si on place d'abord la branche gauche, quand l'occiput est à gauche et la branche droite, quand l'occiput est à droite, cette branche, comme nous l'avons vu, empêchera l'occiput de tourner en arrière et contribuera à sa rotation en avant : « Si la tête ne descend pas dans l'excavation, c'est qu'un obstacle s'y oppose ; cet obstacle consiste, soit dans une procidence d'un membre accompagnant la tête, ce qui est très rare, soit dans un rétrécissement du bassin, ce qui est la règle.

« Le rétrécissement du bassin est presque toujours de nature rachitique ; or, les plus grands diamètres étant les diamètres transverses, on doit rencontrer le plus souvent les variétés transversales : c'est ce qui est effectivement demontré par l'observation clinique. » (A. Pinard. Art. FORCEPS. *Dict. encycl.*)

Si, après la tête fléchie (sommet), nous envisageons la tête défléchie (face), nous voyons que les considérations ayant trait à l'application du forceps dans les O.P. sont vraies et à fortiori en ce qui concerne les M.P.

Dans les M. P., — bassin normal, fœtus à terme, — que le menton reste en rapport avec la symphyse sacro-iliaque ou

qu'il tourne dans la concavité du sacrum, l'accouchement est également impossible : il faut de toute nécessité que la rotation antérieure s'accomplisse.

Spontanée dans la plupart des cas, cette rotation peut cependant faire défaut ; une application de forceps peut être rendue nécessaire.

Smellie, le premier, conseilla, dans ces circonstances, de ramener le menton en avant à l'aide du forceps, intervention qui n'est pas entrée sans conteste dans la pratique et contre laquelle s'éleva notamment Cazeaux, qui conseillait de transformer avec le forceps la face en sommet.

Cette hésitation, cette hostilité, trouvent leur application dans la difficulté d'extraire à l'aide du forceps une face en position M.P.

Que de fois, échouant avec le forceps, on a dû recourir à une opération mutilatrice du fœtus !

Le forceps mal appliqué, les tractions mal dirigées défléchissaient la tête au lieu de la fléchir, l'enclavaient en transversalisant le diamètre occipito-mentonnier, rendant de plus impossible la rotation du menton.

Dans les M.A., la concavité des cuillers étant tournée du côté du menton, et la partie inférieure de la face étant saisie, les tractions tendront à abaisser le menton, abaissement nécessaire pour l'accomplissement du mouvement de rotation, et l'on n'aura à craindre que le dérapement du forceps. Mais dans les M.P. les cuillers, placées classiquement aux extrémités du diamètre libre, auront leur concavité tournée du côté du front, et embrassant la partie supérieure de la face, la prise sera plus solide, le dérapement moins à redouter, mais les tractions, qu'il sera bien difficile de diriger convenablement, fléchiront trop souvent la tête, et celle-ci, dans une situation intermédiaire à la flexion et à l'extension, sera définitivement enclavée. D'où l'entrée en scène du perforateur et du céphalotribe.

Que si, au contraire, on emploie notre méthode pour les M.P. qui ne se réduisent pas spontanément, après la plus

longue attente, c'est-à-dire si, frayant préalablement avec la main la place de la cuiller, en désenclavant le menton et le repoussant en avant, on applique d'abord, en regard de la symphyse sacro-iliaque de même nom, la branche droite dans les M.P.D., la branche gauche dans les M.P.G., si, en un mot, on change les M.P. en M.A., voire même en M.T., on aura résolu la partie la plus importante du problème ; il ne s'agira plus que de ne pas déraper ou de déraper sans brusquerie, renouvelant alors l'application.

Nous n'envisageons bien entendu ici que les cas dans lesquels l'application de forceps est indiquée pour les M.P. L'extrême importance d'une prudente et confiante expectation ne nous échappe pas, et nous savons que la version podalique et même la version céphalique par manœuvres internes ou externes a ses indications, lorsque l'engagement de la face est nul ou peu profond, la tête mobile, peu volumineuse, etc.

Chailly (Honoré), dans un mémoire lu à la Société de médecine de Paris : *De l'application du forceps dans la présentation de la face et dans les positions mento-postérieures* (*Revue médicale*, t. II, 1843, pag. 358 et suivantes), rapporte qu'ayant eu à faire une application de forceps vers la fin de décembre 1842, « l'enfant se présentant par la face, en position mento-iliaque gauche postérieure, c'est-à-dire le menton regardant la symphyse sacro-iliaque gauche (position très rare), la face ayant pénétré profondément dans l'excavation », il procéda de la façon suivante pour ramener le menton en avant :

« La branche à pivot (mâle ou gauche) fut appliquée la pre-
« mière en arrière et à gauche, sur la symphyse sacro-iliaque ;
« de ce côté, elle embrassa la face par le nez, la joue et la bosse
« frontale droite.

« L'impression de la cuiller resta marquée pendant quel-
« que temps sur les parties de l'enfant ; il en résulta même
« une paralysie du nerf facial.

« La branche à mortaise fut placée en avant et à droite, der-

« rière la cavité cotyloïde droite, et s'appliqua sur le côté du « cou et sur la bosse occipitale gauche.

« Une fois le forceps articulé, la concavité des branches re- « gardait à gauche et un peu en avant, et le menton était bien « plus en arrière ; aussi, le mouvement de rotation que j'impri- « mai à l'instrument, lorsqu'il fut complet pour le forceps, ne « ramena-t-il le menton que derrière la cavité cotyloïde gauche, « et je fus obligé, pour le ramener tout à fait sous les pubis, « afin de la dégager, d'exagérer le mouvement de rotation de « gauche à droite.

« Au moment de la dernière extraction, je redoublai de len- « teur, et, assisté par M. Vannier, qui soutint avec soin le pé- « rinée, j'ai extrait la face, le menton répondant au-dessous « des pubis et le forceps diagonal, sa concavité regardant à « droite, sans que l'intégrité des parties maternelles ait eu à « souffrir, et l'enfant étant plein de vie.

« Si les parties maternelles étaient par trop résistantes, dans « la crainte de les compromettre, il faudrait, après avoir ra- « mené le menton par une première application, retirer l'in- « strument pour ressaisir la tête plus favorablement.

« Enfin, si le menton, au lieu d'être en arrière à gauche ou « à droite du bassin, répondait en arrière directement, il fau- « drait encore ramener le menton en avant ; mais alors deux « applications successives seraient nécessaires.

« De plus, quoique le menton répondit directement en ar- « rière, il ne serait pas indifférent de le ramener d'un côté ou « d'un autre ; on devrait faire exécuter cette rotation du men- « ton du côté vers lequel le menton était dirigé avant son en- « gagement, parce qu'on est fondé à penser que le dos est en- « core dirigé en partie de ce côté, et qu'alors il aura plus de « tendance à suivre la rotation imprimée à la tête dans ce « sens que dans l'autre. »

Cazeaux fait insérer dans le même Recueil, quelques pages plus loin (512 et suivantes), une réponse au Mémoire de Chailly : *Quelques mots sur les positions mento-postérieures de la face*, à propos du Mémoire de M. Chailly (Honoré).

Cazeaux, que Chailly avait traité, dans une allusion transparente, « d'auteur paraissant à peine initié aux premiers préceptes de l'art », relève vivement les assertions de Chailly, et l'attaque en ces termes au sujet de son application de forceps :

« Eh bien, Messieurs, en y regardant de plus près, il se trouve que M. Chailly s'est encore trompé en croyant avoir affaire à une position mento-postérieure gauche. C'était une position mento-transversale gauche, et, pour vous le prouver, je n'ai qu'à lire son Mémoire. La branche à pivot, dit-il, fut appliquée la première, en arrière et à gauche, sur la symphyse sacro-iliaque. La branche à mortaise fut placée, en avant et à droite, derrière la cavité cotyloïde droite. Messieurs, remarquez, je vous prie, que, si les cuillers étaient appliquées sur les points indiqués par M. Chailly, la face est placée de manière à avoir le menton dirigé vers la symphyse sacro-iliaque gauche, la branche mâle saisira la tête par le menton et la partie antérieure et moyenne du cou, et la branche femelle par le milieu du front et le sommet de la tête. Or, d'après M. Chailly lui-même, quels sont les points sur lesquels a porté l'instrument? (Je cite textuellement.) La branche mâle, qui était placée au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, embrassa, nous dit-il, la face par le nez, la joue et la bosse frontale droites; la branche à mortaise, placée derrière la cavité cotyloïde droite, s'appliqua sur le côté du cou (ce que je ne comprends pas) et sur la bosse occipitale gauche. D'ailleurs, il a soin d'ajouter que l'impression de la cuiller resta marquée quelques jours sur les parties de l'enfant. Vous voyez donc bien que c'était une position transversale gauche. Car, dans la position mento-transversale gauche, les points de la face qui correspondent à la symphyse sacro-iliaque gauche sont précisément ceux sur lesquels M. Chailly a appliqué la branche mâle, et, dans la même position, les points qui correspondent à la cavité cotyloïde droite sont ceux sur lesquels il a appliqué la branche femelle.

« Le fait cité par M. Chailly étant, comme l'attestent les

détails qu'il donne, une position mento-transversale gauche, ne prouve donc rien en faveur de la facilité avec laquelle le forceps peut ramener le menton en avant dans une position mento-postérieure. »

Et, plus loin, Cazeaux, blâmant la rotation artificielle en avant du menton dans les M.P., préconise la transformation de la face en sommet à l'aide du forceps.

Nous avons cru ne pas devoir nous dispenser de ces longues citations. S'il nous a paru intéressant de reproduire les termes d'une querelle ne s'inspirant malheureusement pas toujours de la plus pure courtoisie scientifique, c'est qu'elle entre dans la partie vive de la question que nous agitons ici.

Chailly, ayant diagnostiqué une M.I.G.P., jugeant une application de forceps nécessaire, applique la branche gauche la première, en arrière et à gauche, sur la symphyse sacro-iliaque, et la branche droite la seconde, en avant et à droite, derrière la cavité cotyloïde droite, c'est-à-dire dans une variété postérieure de la face, place la concavité des cuillers du côté qu'il veut ramener sous la symphyse, le menton.

L'auteur ne formule à ce sujet aucun précepte, et ne semble nullement préoccupé de généraliser et de méthodiser le procédé qu'il emploie.

D'une part, il dit qu'il applique sa première cuiller sur la symphyse sacro-iliaque gauche, et sa deuxième au niveau de la cavité cotyloïde droite ; et, d'autre part, qu'une fois le forceps articulé, la concavité des branches regardait à gauche et un peu en avant, et le menton était bien plus en arrière.

Son application était donc irrégulière, quant à la tête, comme il l'indique lui-même.

Mais, évidemment, Chailly, comme l'expose son contradicteur Cazeaux, n'aurait pas pu placer sa première cuiller, la cuiller gauche, au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche, si le menton avait été en contact avec elle. Aussi, Cazeaux reproche-t-il à son adversaire d'avoir fait une erreur de diagnostic, et lui démontre-t-il qu'il s'est trompé, et qu'il a pris une M.I.G.T. pour une M.I.G.P.

Ce n'est pas erreur de diagnostic, mais erreur ou plutôt faute d'interprétation qu'il conviendrait de dire.

Chailly avait bien affaire à une M.I.G.P., comme il le déclare, et cependant c'est sur une M.I.G.T. qu'il a fait son application de forceps, comme le déclare Cazeaux.

Rien n'est plus simple que d'expliquer cette apparente contradiction, si l'on considère que Chailly, pour placer sa main d'abord, sa cuiller ensuite, au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche, a nécessairement délogé le menton et lui a imprimé un commencement de rotation en avant, transformant de la sorte une M.I.G.P. en M I.G.T.

Seulement, Chailly avait fait cela sans le vouloir, et sans le savoir, laissant ainsi la controverse belle à Cazeaux, qui ne songeait pas et ne croyait pas à la réalisation d'un tel mécanisme.

M. Pinard (art. FORCEPS. *Dict. encycl.*) signale ce fait capital que, dans les applications de forceps sur la face. « quelle que soit la position, quand le forceps est appliqué, le « but de l'opérateur doit être d'abaisser le menton, et que, « suivant que la traction s'exercera du côté du menton (M.A.), « ou du côté du front (M.P.), on tendra à défléchir la tête, ce « qu'on cherche, ou à la fléchir, ce qu'il faut éviter.

« C'est en vertu de ce principe que le forceps ordinaire, « appliqué sur la face, donne d'assez bons résultats dans les « variétés antérieures, et des résultats déplorables dans les « variétés postérieures. » (A. Pinard, *Loc. cit.*)

En effet, si nous supposons une application de forceps classiquement faite sur une face en M.I.D.P., la concavité des cuillers étant tournée du côté du front, les tractions, même avec la précaution d'incliner les manches de l'instrument du côté de la cuisse droite de la femme, ne s'opposeront pas suffisamment à la réflexion.

Si, au contraire, la concavité des cuillers est tournée du côté du menton, on risque bien de déraper; mais on a l'immense avantage de faire des tractions qui favorisent la déflexion de la tête, et par conséquent sa rotation, surtout si on

a soin d'incliner les manches du côté de la cuisse gauche, quand le menton est à droite, et de la cuisse droite, quand le menton est à gauche.

C'est ce qui aura toujours lieu avec la méthode que nous avons exposée, puisque la M.P. sera préalablement transformée soit en M.A., soit en M.T., l'application étant plus ou moins régulière, mais la concavité des cuillers étant toujours tournée du côté du menton, et les tractions s'exerçant, par conséquent, dans un sens favorable à la déflexion, et, partant, à la rotation.

La nécessité de bien diriger les tractions, dans le cas dont nous parlons, a tellement préoccupé les accoucheurs, que Danyau « a été jusqu'à conseiller d'appliquer le forceps renversé, la branche gauche à droite, la branche droite à gauche, pour embrasser le menton dans la concavité des cuillers, et avoir ainsi la possibilité de tirer en bas et très en arrière. Outre que l'application du forceps ainsi faite est contraire à toutes les règles, et par conséquent extrêmement dificile, elle n'a pas donné, même entre les mains d'un maître comme Danyau, les résultats qu'il en attendait ». (Charpentier. *Traié d'Acc.*)

CONCLUSIONS.

La règle classique de l'application du forceps dans les variétés postérieures du sommet et de la face, règle consistant à placer les cuillers aux extrémités du diamètre libre et à commencer par la branche qui doit occuper l'extrémité postérieure de ce diamètre, doit, selon nous, être réformée.

Nous lui faisons les reproches suivants :

Elle s'appuie sur cette conception erronée que l'introduction de la main d'abord, de la cuiller ensuite, ne modifie pas la direction préalablement constatée de la tête fœtale, et que celle-ci, pendant les manœuvres de l'application du forceps, reste immuablement en rapport avec le diamètre qu'elle occupait primitivement.

Elle base son raisonnement sur un fait qui cesse plus ou moins d'être vrai, au moment même où l'on en veut tirer des conséquences pratiques.

Elle repose sur la constatation de faits qui sont instables, n'ont pas une rigueur mathématique, et peuvent laisser des doutes dans l'esprit de l'observateur et le rendre hésitant. Est-ce bien à une variété postérieure ou à une variété transversale qu'il a affaire? L'occiput ou le menton regardent-ils directement la symphyse sacro-iliaque, ou commencent-ils déjà à tourner en avant? Grave question, car dans le premier cas, il faudra commencer par une branche et dans le second, par une autre.

Pratiquée sans encombre et avec succès, ses inconvénients sont :

Que l'application exagère la direction vicieuse de la région fœtale, contrarie la rotation en avant et favorise la rotation en arrière de l'occiput ou du menton ;

Que la concavité des cuillers est tournée du côté opposé à celui qu'on veut ramener sous la symphyse et que, par conséquent, les tractions, même en donnant aux branches une direction convenable, tendront toujours plus ou moins à défléchir la tête dans les variétés du sommet, et à les fléchir dans les variétés de la face ;

Que chaque cuiller doit parcourir, au détriment des tissus de la femme, trois huitièmes de circonférence, pour que l'occiput ou le menton soit ramené sous la symphyse ;

Que si l'on se contente de transformer d'abord la variété postérieure en variété transversale, et de faire alors une autre application de forceps, le danger qui résulte de l'attrition exercée par les cuillers sera moindre, mais outre l'inconvénient d'une seconde application de forceps, irrégulière d'après la théorie, la première sera passible d'une partie de nos objections ;

Que le forceps après la rotation est placé sens devant derrière, le bord concave regardant le sacrum et le bord convexe regardant la symphyse, la cuiller gauche à droite et la cuiller

droite à gauche, et que cet état de choses ne saurait être produit sans dommage pour la femme ;

Que si l'on désarticule alors et l'on retire les branches, il faut faire une nouvelle application de forceps ; que si, sans désemparer, on dégage la tête avec le forceps, ainsi placé, les parties molles de la mère courent évidemment des risques, et les difficultés du dégagement sont augmentées ;

Que l'on ne saurait invoquer l'habileté de l'opérateur, pour justifier et conseiller un procédé opératoire violant la règle élémentaire et essentielle de l'application du forceps.

Mais la méthode classique est loin de réussir toujours et d'atteindre son but.

En raison de l'action de levier de la main et de la cuiller placées à l'extrémité postérieure du diamètre libre, c'est-à-dire en regard de la symphyse sacro-iliaque, le front peut être repoussé vers la symphyse pubienne, l'occiput ou le menton vers le sacrum, l'opérateur peut transformer ainsi une variété postérieure en variété sacrée, aggravant ainsi la situation au lieu de l'améliorer, s'il reconnaît son erreur, et s'exposant à des surprises désagréables et à des fautes graves, s'il ne la reconnaît pas.

Cette faute, très regrettable dans les présentations du sommet, surtout chez les primipares, à cause des difficultés et des dangers du dégagement en O.S, est absolument désastreuse dans les présentations de la face, où le menton doit nécessairement tourner en avant pour que l'accouchement soit possible.

Pour ces raisons, nous proposons de substituer à la règle classique, ci-dessus énoncée, la règle suivante :

Occiput ou menton à droite, branche droite la première, la cuiller placée obliquement en regard de la symphyse sacro-iliaque droite ;

Occiput ou menton à gauche, branche gauche la première, la cuiller placée obliquement en regard de la symphyse sacro-iliaque gauche dans toutes les variétés de position, antérieure, transversale ou postérieure.

Cette règle unifiée repose sur la transformation des variétés postérieures en variétés antérieures, activement d'abord avec la main profondément introduite, passivement ensuite avec la cuiller.

N'ayant plus affaire, en fin de compte, qu'à des variétés antérieures, spontanées ou artificielles, l'opérateur se comportera vis-à-vis d'elles comme il est conseillé de le faire dans les auteurs.

Nous pourrions donc simplifier encore notre règle et dire :

Transformer les variétés postérieures en variétés antérieures et se comporter ensuite d'après la règle classique.

Cette transformation doit être tentée et peut être exécutée, non seulement dans l'excavation, mais aussi au détroit supérieur.

Elle est plus facile qu'on ne pense, si on a soin d'introduire profondément la main derrière la région fœtale qui se présente, en suivant la concavité du sacrum, et en l'inclinant ensuite soit à droite soit à gauche, suivant les cas, pour déloger l'occiput ou le menton, le repousser en avant, et faire ainsi la place de la cuiller.

Que si on ne réussit pas à transformer la variété postérieure en variété antérieure, mais seulement en variété transversale, ce qui arrivera rarement dans des bassins normaux, l'application, bien qu'irrégulière, n'en pourra pas moins être faite avec succès.

Par cette méthode :

La concavité des cuillers est toujours tournée du côté que l'on veut ramener sous la symphyse ; les tractions se font dans un sens qui favorise le complément de flexion pour le sommet, de déflexion pour la face, et, par conséquent, la rotation ;

Le chemin parcouru par les cuillers dans l'intérieur du bassin est moindre, un huitième de circonférence par chaque cuiller, au lieu de trois huitièmes ;

La rotation faite, le forceps est situé normalement et on

n'est pas dans l'alternative de dégager la tête avec un forceps retourné, ou de faire une seconde application.

L'opérateur n'aura pas d'hésitation au sujet de la branche qu'il doit placer la première. Il ne transformera pas involontairement une variété postérieure en variété sacrée.

Les avantages de la méthode sont particulièrement importants dans les variétés postérieures de la face, où l'emploi des règles classiques donne si souvent de fâcheux résultats.

Les O.S et les M.S seront presque toujours évitées, si l'on agit comme nous le conseillons, car leur production franche et spontanée est rare, et c'est la plupart du temps l'opérateur qui les détermine.

Que si, par exception, on se trouvait tardivement en présence d'une O.S bien caractérisée, la palpation indiquerait si le dos, et partant l'occiput, était primitivement à droite ou à gauche, et l'auscultation, si l'enfant est vivant, viendrait également en aide à l'observateur, qui déplacerait avec la main l'occiput dans le sens de sa rotation physiologique, ferait une application oblique et renouvellerait au besoin sa manœuvre et son application, si la première saisie de la tête était trop irrégulière. Cette conduite s'impose pour les M.S, le dégagement de la face étant impossible dans cette position.

La manœuvre que nous préconisons peut et doit être pratiquée avec n'importe quels forceps, anciens ou nouveaux, et reste absolument en dehors de toutes les discussions et opinions relatives à ces différents instruments.

TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

MÉTHODE DE BOZEMANN.

Par le professeur Herrgott (de Nancy).

(Suite et fin) (1).

OBSERVATION VI.

Fistule vésico-vaginale simple ; opération ; guérison.

Mme Q..., âgée de 29 ans, bien constituée, tendance légère à l'obésité, mariée à un fonctionnaire français en Algérie, accoucha, après un travail fort long et très pénible, d'un enfant mort, vers la fin de 1881. A la suite, elle eut une violente irritation du bas-ventre et des parties génitales ; à dater du septième jour, elle ne put plus retenir les urines, après avoir été atteinte de rétention d'urine et dû être sondée jusqu'à ce moment.

On pensa à une paralysie du sphincter et on l'électrisa pendant plusieurs mois sans succès.

On l'envoya en France, elle fut soumise à mon examen dans le courant de juin. Moyennant le spéculum plein, je constatai, dans le cul-de-sac vaginal droit, un peu en avant et à la droite du col, une dépression d'où l'on pouvait voir sourdre de l'urine. L'introduction du spéculum univalve, ayant pour effet d'étaler la muqueuse vaginale de la paroi antérieure, permit de voir qu'au fond de la dépression constatée par le spéculum plein existait un orifice rond, entouré de tissu assez dense, admettant une sonde de femme.

Cet examen fut fait en présence de M. le Dr Marchal, médecin de la famille, et eut pour résultat la conviction qu'une opération seule pouvait être proposée, pour obtenir la guérison de l'incontinence.

Cette proposition ayant été acceptée par la malade, on en fixa la date au huitième jour après la cessation de l'époque menstruelle prochaine.

L'opération fut pratiquée le 28 juin 1882, avec le concours de MM. les Drs Marchal, Hippolyte et Remy. La malade ne fut pas chloroformée. Elle fut placée sur une table garnie de matelas, formant un

(1) Voy. *Annales de Gynécologie*, septembre 1881.

plan incliné, de façon à mettre les parties génitales sur la partie la plus élevée du plan, dans la position dorsale inclinée, les cuisses très fléchies sur le tronc et maintenues, que nous avons adoptée depuis longtemps et décrite dans notre mémoire sur le traitement des fistules vésico-vaginales. Notre spéculum univalve fut introduit et tenu énergiquement par M. le Dr Rémy. La fistule fut très bien mise à nu et étalée.

Une auréole d'avivement, de forme elliptique et d'une largeur de 18 millimètres, fut tracée avec un bistouri droit à manche long.

La dissection de l'auréole fut faite avec le bistouri coudé, et enlevée d'une seule pièce.

Cinq fils d'argent recuit furent placés, ils eurent pour résultat de produire un rapprochement exact des bords, sans aucune tension; ils furent réunis en un faisceau, moyennant une bandelette de diachylum.

La malade fut placée dans son lit, avec la recommandation d'uriner quand elle en éprouverait le besoin.

Il n'y eut pas le plus léger accident; deux ou trois fois la malade eut la frayeur de se croire mouillée, ce n'étaient que des mucosités vaginales qui avaient causé cette émotion.

Le septième jour, l'opérée fut replacée sur la table comme pour l'opération; le spéculum univalve fut appliqué, les fils enlevés. Le vagin fut trouvé sec.

Le 7 juillet, 10e jour de l'opération, on constata que la guérison était parfaite; la malade put se lever, se mettre dans toutes positions sans perdre une goutte d'urine.

Peu après, elle passa un mois à la campagne et s'en retourna en Afrique avec son mari.

Observation VII.

Fistule vésico-vaginale petite, admettant un petit stylet; cautérisations inefficaces; opération; guérison.

Mme Marie B..., née Robert, 25 ans, très forte, fit une fausse couche, puis redevint enceinte, arriva à terme. Le travail dura trois jours, et dut être terminé par une application de forceps qui fut longue, et qui amena un enfant mort.

La femme fut très malade, dut rester alitée pendant neuf semaines; elle ne peut donner aucun renseignement sur ce qui s'était passé,

car elle a été pendant plusieurs jours en délire. Elle sait seulement que quelques jours après l'accouchement, elle ne pouvait plus conserver ses urines. Le médecin qui l'examina lui dit qu'elle avait une fistule vésico-vaginale, qu'il essaya de cautériser au nitrate d'argent sans aucun résultat.

Elle entre au service gynécologique le 2 avril 1883; on constate que le vagin est souple, la lèvre antérieure du col est allongée, point d'abaissement ni de rétroversion de la matrice. A un centimètre et demi, en avant du col et un peu à droite, on constate l'existence d'un petit cul-de-sac, un peu rouge, au fond duquel on constate l'existence d'une fistule petite, admettant à peine un stylet de la trousse; c'est par elle que l'urine s'écoule.

En raison de la petitesse du pertuis, on essaie d'en obtenir l'oblitération en le cautérisant avec le thermocautère; on n'en obtient aucune amélioration.

Le 24 avril, on procède à l'opération pratiquée dans la situation pelvi-dorsale inclinée, le spéculum gouttière étant appliqué. La femme, très craintive, demande avec instance à être chloroformée, ce qui lui est accordé.

La fistule est cernée par un cercle d'un centimètre de rayon. L'auréole d'avivement est enlevée d'une pièce. Les bords se prêtant mieux à leur réunion dans le sens longitudinal que dans le sens transversal, on fait pénétrer les fils transversalement à travers les lèvres de la plaie, quatre fils sont nécessaires pour obtenir une réunion parfaite.

Le 25. L'opérée n'a point de fièvre ni de douleur, elle urine spontanément, l'urine est claire, ne perd rien par le vagin.

Le 26-28. Même état. Le 28, on lui donne un lavement purgatif à la suite duquel elle a une selle abondante.

1er mai. Les fils sont enlevés, la fistule semble guérie, on ne remarque aucune humidité dans le vagin.

Le 6. La malade s'est levée et dit avoir perdu de l'urine (elle s'est promenée toute la journée), on ne constate rien d'anormal dans la plaie ni dans le vagin, on se demande si elle n'aurait pas perdu de l'urine par le méat.

Le 8. La malade est levée toute la journée; le soir elle dit avoir perdu des humidités par le vagin; on l'examine et l'on constate un écoulement purulent par le vagin. On lui prescrit des injections émollientes et elle s'en retourne chez elle.

Observation VIII.

Femme rachitique; diamètre antéro-postérieur de 7 centimètres; travail très long; forceps; perte de substance énorme de la paroi antérieure du vagin, réduite à une bande étroite; brides cicatricielles rétrécissant le vagin; traitement préparatoire de Bozemann; table du même auteur pour pratiquer l'opération; succès immédiat.

La nommée O. Marie, du canton de Bruyère (Vosges), âgée de 32 ans, n'a commencé à marcher qu'à l'âge de 3 ans; elle présente à l'extérieur tous les signes du rachitisme : incurvation des tibias, physionomie, etc., son bassin est aplati, le diamètre antéro-postérieur ne mesure que 7 centimètres.

Elle a toujours été bien portante, fut réglée à 18 ans et devint enceinte il y a neuf ans (1873), éprouva les premières douleurs le 5 décembre de la même année. Les douleurs devenant plus fortes le 7, une sage-femme fut appelée; le travail n'avança pas, il cessa même le 9 et depuis lors elle ne sentit plus les mouvements du fœtus.

Les eaux, dit-on, ne se seraient pas écoulées ? Un médecin fut appelé qui, à 6 heures du soir, essaya d'appliquer le forceps, mais ne put faire pénétrer qu'une branche. Il revint le lendemain 10, avec un confrère, et après deux applications du forceps infructueuses, l'enfant aurait été amené avec les mains ; a-t-on fait la version ? on n'a pu le dire. L'enfant, du sexe féminin, était mort.

Après l'accouchement, la femme resta pendant vingt-quatre heures sans pouvoir uriner; les douleurs vives qu'elle éprouvait firent rappeler le médecin qui lui prescrivit une potion. Elle rendit trois caillots de sang et s'aperçut qu'elle perdait son urine goutte à goutte. La convalescence dura plusieurs mois. Depuis neuf ans qu'elle est affligée de cette incontinence, elle s'est adressée à beaucoup de médecins qui lui ont dit qu'on ne pouvait pas la guérir, que les désordres de ses parties étaient tels qu'il n'y avait rien à tenter pour elle.

Elle entra à la Clinique le 23 novembre 1882. Les parties génitales externes et les cuisses sont irritées par le contact continuel de l'urine qui a déterminé la formation de concrétions dans les poils des parties génitales, elle exhale une odeur urineuse pénétrante.

En entr'ouvrant la fente vulvaire autant que le permet la rigidité relative des parties, et en déprimant avec le doigt la paroi postérieure du vagin qui est sillonnée de brides cicatricielles dures, on constate derrière l'arcade pubienne et tout près d'elle une fente transversale,

à travers laquelle le doigt pénètre aisément dans la vessie. Une sonde introduite dans le canal de l'urèthre qui est perméable et très court, sort par la fente ; la paroi inférieure de cette fente est formée par la lèvre antérieure du col qui est comme usé à gauche ; en le soulevant de ce côté, on trouve l'orifice utérin dévié, dans lequel la sonde utérine s'engage aisément à une profondeur de 7 centimètres.

On fait prendre à la malade quelques bains et on procède à un deuxième examen. Le 2 décembre, l'assouplissement relatif des parties et la disparition de leur sensibilité excessive permettent de faire une exploration plus complète et une appréciation plus exacte de l'étendue des lésions du vagin.

La fistule qui mesure maintenant 25 millimètres est directement derrière le pubis, elle admet facilement deux doigts ; le col qui en constitue le bord postérieur est un peu plus mobile, on constate de nombreuses brides transversales, qui en arrière cloisonnent le vagin et en empêchent la dilatation ; la lèvre antérieure du col est lisse, mais la lèvre postérieure, qu'on peut voir maintenant, est comme usée et ce qui en reste est fendillé. (Voy. fig. 8.)

On continue les bains de siège chauds, des injections d'eau chaude, et on procède ensuite successivement à la section des brides cicatricielles, en maintenant écartés par la boule de Bozemann les bords incisés et cautérisés avec une solution de nitrate d'argent.

Ce traitement préparatoire est continué pendant deux mois avec beaucoup de persévérance ; il a pour effet de modifier le canal vaginal dans sa longueur et sa souplesse et de permettre une action plus sûre et plus efficace.

Dans un dernier examen fait le 10 avril 1883, on constate que la fistule est plus accessible à la vue et mieux disposée pour l'opération, quand la femme, placée sur les genoux, est assujettie sur la table de Bozemann ; dans cette situation, le col, devenu plus libre à la suite de la section des brides et de l'assouplissement des parois vaginales, tombe en arrière et laisse béante l'ouverture fistuleuse dont la paroi antérieure est constituée par une bande de tissus peu épais, appliquée sur le pubis et ayant maintenant gagné un peu de souplesse et de mobilité sur la paroi osseuse, de façon à donner une prise suffisante pour la suture. Le col attiré vers le pubis avec le crochet avance facilement, sans effort, et couvre facilement l'hiatus de la fistule.

Opération pratiquée le 14 avril 1883, avec le concours de M. Gross, professeur de clinique chirurgicale, MM. Herrgott, Weiss, agrégés,

M. Remy, chef du service clinique, M. Schuhl, interne, et en présence des élèves.

La malade est assujettie sur la table de Bozemann et la paroi vaginale inférieure est soulevée par un aide avec le spéculum de Sims qui, mieux que les autres spéculums et dépresseurs, met à nu le champ opératoire.

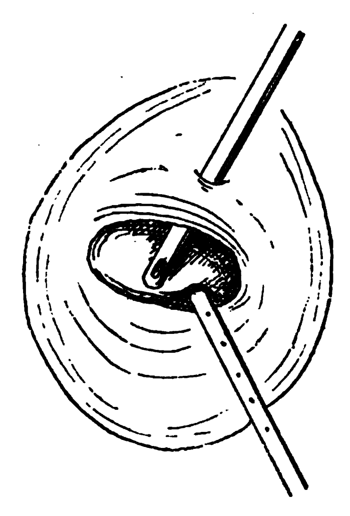


FIGURE 8.

Une auréole d'avivement d'une largeur de 1 centimètre est tracée avec soin, avec un bistouri droit, sur le pourtour de la fistule. L'avivement est fait d'abord sur le bord antérieur, ensuite sur le bord utérin, puis il est procédé au placement des fils d'abord au milieu, en passant un fil dans la lèvre antérieure, un autre dans la lèvre postérieure correspondant exactement au premier ; ces deux fils sont réunis et l'anse passe dans les deux lèvres à la fois, il entre et sort à 5 millimètres du bord de l'avivement, en passant en dehors de la muqueuse vésicale laissée intacte ; à droite de ce fil sont appliqués deux fils de la même façon, à gauche trois, en tout six.

L'opération a duré deux heures, la malade dit n'avoir que peu souffert.

Elle est replacée dans son lit, sans sonde à demeure. Elle a dû être sondée une fois dans l'après-midi, les urines étaient chargées de mucus.

... se trouve très bien, elle a uriné spontané-
... ... dans la soirée du 16 un peu de ténesme
... le fait cesser.
... purgatif administré produit le lendemain
... qui procure à la malade un bien-être sen-

... la femme perd un peu d'urine quand elle
... son lit; elle n'éprouve pas le besoin d'uriner;
... au bout d'une heure il s'écoule de l'urine
... est claire.
... enlevés, la réunion est parfaite, on ne constate
... d'urine par le vagin pendant l'examen de la

... a parfois un peu d'écoulement d'urine par le vagin,
... jour, on n'en constate plus, la malade est obligée
... heures; on pense que les jours précédents l'urine
... par la plaie très bien réunie, mais par le trajet de
... maintenant oblitérés.
... Menstruation. Elle continue à perdre un peu d'urine par
... la nuit, quand elle ne se réveille pas assez souvent.
... résultat est dû à la réduction si considérable de la
... vessie.
... permet à la malade de se lever, on fait un dernier
... constate la guérison parfaite de la fistule fermée par
... nacrée. La capacité de la vessie s'amplifie peu
... d'urine, elle est levée toute la journée, reprend
... dans la maison, et elle sort de la Maternité le
... de son infirmité, et heureuse, on le comprend

... qu'elle continuait à aller très bien.

OBSERVATION IX.

... vaginale ; opération ; succès immédiat.

... (Joséphine), née à Viterne, près Pont-Saint-Vin-
... 32 ans), se présente à la clinique obstétricale
... en mai 1880, pour une incontinence d'urine, datant
... mois et arrivée à la suite de sa dernière couche. Elle est

accouchée trois fois, deux fois normalement d'enfants vivants; l'aînée, une fille, est âgée de 10 ans. La troisième grossesse était arrivée à terme, elle fut prise de douleurs qui augmentèrent d'intensité, mais qui n'eurent aucun résultat. Un médecin fut appelé, il reconnut une présentation crânienne, appliqua le forceps plusieurs fois, et amena enfin un enfant mort, d'un volume considérable.

Les suites de couches ne furent sérieusement troublées que par une incontinence d'urine, qui se déclara déjà dès le lendemain de l'accouchement. Elle supporta cette incommodité avec patience, puisqu'on lui avait dit qu'elle était le résultat de la faiblesse de la vessie, qui disparaîtrait d'elle-même.

Elle attendit ainsi plus d'une année, et se présenta enfin à la consultation de la clinique.

Les parties génitales étaient excoriées ainsi que le haut des cuisses, le vagin souple, non induré; on constate, tout d'abord, une grande laxité de la paroi vaginale postérieure; le col est dévié, latéralement et en avant, il est peu mobile, on peut suivre le corps de l'organe, à travers le cul-de-sac vaginal postérieur, et constater que le corps de l'utérus est en rétroversion. La femme n'accuse aucune des incommodités qui accompagnent la rétroversion utérine qui, ici, est accompagnée d'une anté-latéro-position du col, avec immobilité cicatricielle de la paroi vaginale antérieure, qui est beaucoup moins souple que la paroi vaginale postérieure. Vers le milieu de cette paroi, à environ trois centimètres en avant du col et un peu à droite, on constate au doigt une irrégularité cicatricielle qui, étant examinée au spéculum plein, laisse voir une ouverture légèrement oblique, de droite à gauche, et d'avant en arrière; on y introduit facilement une sonde de femme; en introduisant cet instrument dans le canal de l'urèthre, on en constate la parfaite perméabilité, et on le voit dans la vessie quand il est placé vis-à-vis l'ouverture.

La malade est admise au service; on lui prescrit des bains tièdes, et matin et soir des injections tièdes.

On attend la période qui arrive à l'époque exacte, on attend huit jours après celle-ci, et on procède à l'opération le 25 mars 1883, avec l'aide des aides de service et en présenee des élèves; on ne pratique pas l'anesthésie. La femme est placée en situation pelvi-dorsale élevée, comme nous le pratiquons depuis longtemps; notre spéculum univalve est appliqué et tenu d'une main ferme par un élève.

Une auréole d'avivement, de la largeur de un centimètre, est tracée

autour de la fistule avec la pointe d'un petit scalpel et est enlevée par une dissection attentive. On constate que les bords peuvent être rapprochés sans effort, et on procède, moyennant des aiguilles tubulées, au placement des fils; ils sont serrés, et leurs bords sont rapprochés d'une manière très exacte. Six fils d'argent ont été nécessaires pour obtenir cette réunion.

La malade est portée dans son lit; elle ne souffre pas et peut uriner spontanément dès le premier jour, heureuse d'en éprouver le besoin. La température ne subit aucune élévation, rien ne ferait supposer le moindre dérangement dans la santé de la malade.

Le 1er juin, les fils sont enlevés, il suinte un peu quelque chose pendant la première journée, mais cela s'arrête et le lit ne se trouve pas mouillé, la malade dit qu'il est *fin sec.* Au bout de deux jours, on lui permet de se lever, et elle sort le 15 juin, complètement guérie de son infirmité.

Elle revient nous consulter le 23 juillet 1883, pour une métrorrhagie qui dure depuis un mois, métrorrhagie qui rappelle par son intensité l'état menstruel prolongé.

Nous profitons de cette occasion pour voir ce qu'est devenue la cicatrice de l'opération pratiquée il y a trois ans. C'est à peine si on voit celle-ci sous la forme d'une ligne oblique, sans aucune élévation ni induration. La matrice a conservé sa situation en anté-latéro-position et rétro-version, et interrogée de nouveau sur ce qu'elle éprouve de ce côté, elle dit qu'elle ne ressent aucune incommodité; mais nous constatons que la paroi vaginale postérieure est devenue plus lâche et forme une tumeur qui s'engage dans la fente vulvaire, incommodité pour laquelle elle demande des conseils aussi bien que pour la prolongation insolite de l'écoulement menstruel.

Observation X.

Fistule vésico-utéro-vaginale superficielle. Opération, guérison.

La nommée D. R..., femme B..., de Essey-Mezerai, âgée de 32 ans, entre au service de gynécologie le 22 avril 1884. Bien constituée, ne présentant aucun signe de rachitisme. Bassin de dimensions normales ; fut réglée à 18 ans ; à 27 ans, *première grossesse* ; accoucha normalement à 7 mois d'un enfant vivant qui mourut huit jours après sa naissance ; elle attribua à un surcroît de travaux à la campagne d'être accouchée trop tôt.

Deuxième grossesse un an après ; accouchement à terme qui dut être terminé par la version ; l'enfant avait présenté l'épaule droite ; ravail commencé le matin, terminé à 4 heures. Extraction difficile, enfant mort, rétablissement lent ; elle rapporte à cette couche la déchirure du périnée dont il sera question plus loin.

Troisième grossesse; l'accouchement se déclara le 13 janvier 1884 ; de nouveau présentation de l'épaule, version facile, extraction difficile ; l'enfant, vivant au commencement de l'opération, vint mort. L'accouchement ne dura que quelques heures.

A dater de l'accouchement, l'accouchée a été atteinte d'incontinence d'urine et n'a plus ressenti le besoin d'uriner.

Elle entre au service le 22 avril, trois mois après son accouchement, ayant toutes les apparences de la santé, conservant quelquefois les urines, qui s'échappent au moindre mouvement.

Placée en travers de son lit, en situation pelvi-dorsale inclinée, on constate qu'il n'y a point d'érythème sur les lèvres de la vulve. Le périnée est totalement déchiré. Le rectum présente sur la paroi vaginale inférieure une ouverture en V sur laquelle on reconnaît facilement la muqueuse intestinale un peu renversée en dehors. Interrogée sur la manière dont s'accomplissent les fonctions d'excrétion des intestins, elle dit qu'elle retient bien les matières solides, mais que dans un cas de dérangement intestinal elle ne peut quelquefois arriver à contenir la matière.

En explorant le vagin par le toucher et un spéculum plein, on constate que l'utérus est à sa place, qu'il a sa forme, son volume normaux, sans échancrure notable au col. En avant de lui et un peu à gauche, existe un pertuis laissant pénétrer facilement une sonde utérine qui rencontre une sonde introduite dans la vessie par le canal de l'urèthre.

Les 25, 26 et 27 avril. Menstruation ordinaire.

Le 30. Dans le but de connaître la situation la plus favorable à l'action opératoire, on place d'abord la femme dans la situation pelvi-dorsale ; puis sur les coudes et les genoux, assujettie sur la table de Bozemann. En relevant, dans cette situation, la paroi vaginale postérieure, moyennant le spéculum de Sims, on découvre mieux la fistule, qui devient béante et montre une étendue plus considérable qu'on ne l'avait cru d'abord; elle se présente sous une forme ronde qui admet un crayon.

Numéros d'ordre.	LIEU de publication.	NOM et prénoms.	AGE.	CAUSE de la fistule.	ÉTAT DES PARTIES. Vagin.	Périnée.	Nature et siège.	Dimension et direction
1	Inédite.	Femme B.	35	Lenteur du travail. Enfant gros.	Très la ge, intact, flasque.	Peu déchiré.	Pertuis au milieu du vagin.	Très petite.
2	Id.	C. Octavie, femme M.	23	Lenteur du travail Craniotomie et forceps.	Normal	Presque intact.	Petite fistule au tiers supérieur du vagin.	Petite.
3	Id.	Ch. Delph.	24	Tête longtemps au passage. Forceps.	Id.	Id.	Fistule au-devant du col.	Admet 1 doigt.
4	Id.	Femme D.	38	Travail lent. Forceps, 2e grossesse.	Id.	Id.	Fist double en avant et à droite du col.	Sonde et stylet.
5	Id.	C. Marie.	25	Travail très long.	Cloisonné, grande perte de substance.	Complètement déchiré.	Perte de substance énorme: hernie vésicale.	Admet 2 doigts
6	Id.	Math. C.	29	Accouchement en Afrique.	Non altéré.	Intact.	Petite fistule	Admet sonde.
7	Id.	M. B. f. R.	25	Accouchement lent. Forceps.	Id.	Id.	Id.	Admet stylet.
8	Id.	O. Marie.	32	Accouchement très lent; application du forceps.	Très altéré.	Peu endommagé.	Grande perte de substance, paroi vaginale antérieure réduite à une languette.	2 doigt
9	Id.	Let. I.	32	Accouchement lent. Forceps.	Peu altéré.	Id.	Petite fistule	Stylet.
10	Id.	D. R. f. B	32	3e grossesse; présent. de l'épaule; version.	Id.	Complètement déchiré.	Petite fistule	Sonde uterine

DÉTAIL DES OPÉRATIONS.

Date et lieu.	Situation de la malade.	Mode d'avivement.	Nombre de fils.	Durée de l'opér.	Enlèv. des fils.	Soins consécutifs.	Résultat.	Observations.
Nancy, en ville, 27 mars 1877.	Pelvi. d.	1 cm.	4	1 h.	6e jour	Nuls.	1 insuccès.	La laxité extrême du vagin a rendu les opérations très pénibles. Le manque de plasticité les a fait échouer.
2e opér. 11 mai.	Id.	En long.	6	Id.	Id.	Id.	2 insuccès.	
3e opér. 2 août.	Id.	Id.	5	1 h. 1/4	7e jour	Id.	3 succ. douteux	
12 déc. 1878, Clinique.	Id.	1 cm. en large.	5	1 h.	6e —	Id.	Guérison.	
9 mai 1879, Clinique.	Id.	Large et aux dép.	8	Id.	7e —	Id	Id.	
24 mai 1879, Clinique.	Id.	Av. obliq.	6	1 h. 1/4	7e —	Id.	Id.	Un peu de cystite exigea un trait. spécial.
1er juillet 1879, Clinique.	Id.	En demi-cercle.	8	1 h. 1/2	7e —	Id.	Insucc.	Opérée deux fois avant sans succès ; la malade se croit guérie pour plusieurs jours après l'ablation des fils.
28 juin 1882, en ville.	Id.	Auréole ronde.	5	45 m.	7e —	Id.	Succès.	
24 avril 1882, Clinique.	Id.	Id.	4	1/2 h.	7e —	Id.	Id.	
14 avril 1883, Clinique.	Genu pect.	En demi-cercle.	6	2 h.	7e —	Id.	Id.	Trait. préparatif de Bozemann pendant six mois.
25 mai 1883, Clinique.	Pelvi d.	Rond.	6	1 h.	7e —	Id.	Id.	Trait. préparatif pendant trois semaines.
30 avril 1884, Clinique.	Genu pect.	Id.	7	45 m.	7e —	Id.	Id.	Irrig. vaginale pendant et après l'opér. avec solution de subl. $\frac{1}{10{,}000}$

Il est donc décidé que l'opération serait pratiquée, la femme étant dans cette position.

La femme est installée le 1er mai à 9 h. 1/2 du matin sur la table de Bozemann; le spéculum de Sims est confié à M. le Dr Rémy, chef du service clinique, et l'opération est pratiquée en présence de MM. Roussel, professeur adjoint, et Weiss, professeur agrégé et des élèves.

La fistule étant rendue très apparente, comme nous l'avons dit, on trace autour d'elle une auréole d'avivement qui est enlevée par dissection, moyennant un bistouri coudé, achevée et régularisée avec des ciseaux courbes. La lèvre postérieure de la fistule formée par le col est avivée aux dépens de la muqueuse de cette partie de la matrice. L'avivement mesure partout une largeur de 1 centimètre. Cette portion de l'opération est exécutée très rapidement.

Au moyen de l'aiguille tubulée courbe, on procède au passage des fils. L'aiguille pénètre d'abord dans la paroi vaginale de l'auréole pour ressortir à l'extrémité du col. Sept fils d'argent sont nécessaires pour obtenir une réunion exacte. Pendant l'opération, le vagin a sans cesse été irrigué par une solution de sublimé au 1/10000. L'opération a duré trois quarts d'heure. La femme est replacée dans son lit.

Les suites de l'opération sont aussi simples que possible, la femme urine seule pendant la journée sans aucune difficulté, toutes les trois ou quatre heures, une seule fois pendant la nuit, et le matin abondamment. Son appétit se conserve excellent, elle n'a pas soif et on ne constate aucune chaleur ni aucune douleur. Le troisième jour, au matin, on trouve un peu de sang dans les urines; cela ne dure que quelques heures.

Le 8 mai. Après sept jours écoulés, les fils sont enlevés. Nouvelle injection avec la solution de sublimé. Le vagin reste sec, la miction se fait bien, on permet à la malade de se lever.

Le 13. On s'assure, par un nouvel examen, de l'état parfait de la plaie; on lui permet de se promener en ville.

Le 15. Elle s'en retourne chez elle.

REVUE CLINIQUE.

BASSIN RACHITIQUE.
OPÉRATION CÉSARIENNE PAR LA MÉTHODE DE PORRO
ENFANT VIVANT. MORT DE LA MÈRE LE SIXIÈME JOUR PAR PÉRITONITE.

Par le Dr Léon Dumas,
Professeur agrégé, ancien chef de clinique obstétricale,
Suppléant de M. le Professeur Dumas.

La nommée R. J..., âgée de 30 ans, originaire de l'Aude, couturière, célibataire, enceinte pour la première fois, entre à la clinique d'accouchements de l'hôpital Saint-Éloi le 14 février 1884. Apparence chétive, squelette très déformé, légère claudication à gauche. Taille, 1 m. 17.

Antécédents. — A commencé à marcher à l'âge ordinaire. Mais a cessé de pouvoir le faire depuis l'âge de 18 mois jusqu'à 4 ou 5 ans, époque à laquelle existait du gonflement aux poignets, aux genoux et aux chevilles.

Rien de particulier pendant la seconde enfance.

Réglée pour la première fois à 17 ans. Menstruation régulière, sans difficultés, durant de trois à quatre jours en moyenne.

Rien de connu du côté de l'hérédité. A un frère bien constitué.

Grossesse actuelle. — Dernière apparition des règles le 29 juin 1883, avec les caractères ordinaires. Il n'y a pas eu de rapports sexuels entre cette date et le 20 ou le 26 juillet. Les premiers mouvements actifs ont été perçus dans le courant du mois de novembre.

Rien de particulier à noter, si ce n'est un peu de dyspnée depuis environ deux mois.

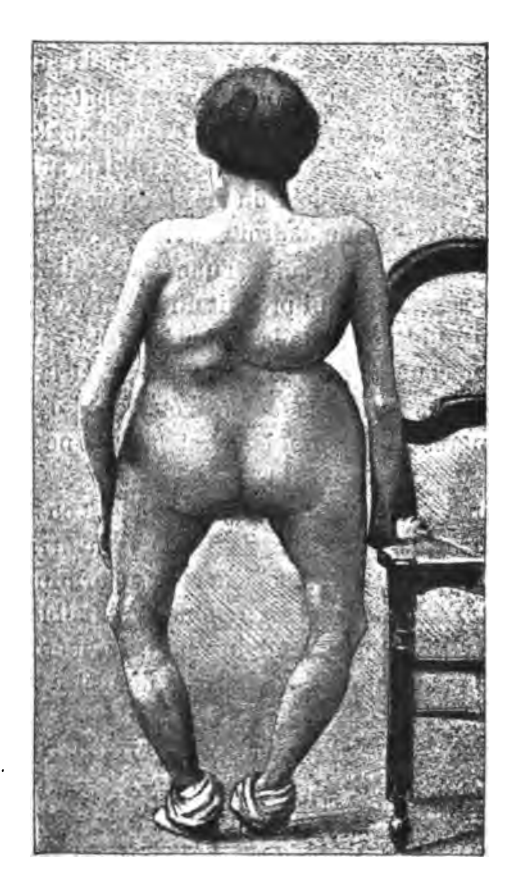
L'examen, pratiqué à deux reprises, les 16 et 17 février, donne les résultats suivants :

L'abdomen, très proéminent en avant, retombe au devant de la symphyse pubienne. La peau est très tendue et très mince, l'ombilic est saillant. Le fond de l'utérus atteint le bord inférieur des fausses côtes qui sont très rapprochées du



bassin. La distance qui sépare l'appendice xyphoïde du pubis est de 23 centimètres. De l'ombilic au pubis il y a 16 centimètres. Le tour de la taille, au niveau de l'ombilic, mesure 91 centimètres.

Les bruits du cœur fœtal s'entendent à droite et assez haut. La tête est en bas, tout à fait rejetée à droite, en position occipito-iliaque droite postérieure. Elle est très mobile et très élevée, appliquée sur la branche horizontale du pubis qu'elle déborde en avant, en sorte qu'elle est à moitié hors de la fosse iliaque droite.



Examen du squelette. — Tête peu déformée, mais face petite relativement au crâne et degré léger de prognatisme.

Cou assez vertical. Epaule droite un peu plus basse que la gauche. La distance de l'angle inférieur de l'omoplate à la

crête iliaque est de 7 centimètres à gauche, de 5 centimètres à droite.

Scoliose double, dorsale à droite (point culminant à la quatrième vertèbre dorsale), dorso-lombo-sacrée à gauche (point culminant à la dixième dorsale). La déviation est sensiblement égale des deux côtés. Ensellure profonde de la région lombaire.

Le thorax est un peu aplati en avant, mais surtout sur les côtés. L'articulation chondro-costale est fortement saillante. L'appendice xyphoïde est relevé en avant à angle droit et fait saillie sous la peau, disposition qui existait avant la grossesse. En arrière, la moitié gauche du thorax est beaucoup plus saillante et plus étroite que la droite. Celle-ci repose sur la crête iliaque droite, mais, par suite d'une incurvation énorme du tronc dans ce sens, ce qui produit un sillon très profond dans lequel on peut placer toute la main. Du côté gauche, la base du thorax se confond avec le grand bassin, et la crête iliaque se perd sous les dernières fausses-côtes.

Les membres supérieurs, longs et grêles, ne sont pas déformés.

Le bassin est fortement incliné à gauche et en avant; dans la station debout, la vulve regarde presque en arrière. L'application du cliséomètre, pour tâcher de déterminer l'inclinaison du détroit supérieur, est rendue impossible par la vive sensibilité qui existe au fond du vagin. La même cause s'est opposée à la mensuration directe du diamètre sacro-pubien.

Membres inférieurs notablement déformés et incurvés en dehors.

Leurs dimensions sont les suivantes :

	En ligne droite.		*En suivant les sinuosités.*	
	A gauche.	A droite.	A gauche.	A droite.
Du grand trochanter au talon.	60 cm.	60 cm. 2	64 cm.	67 cm. 5
De l'épine iliaque antéro-supérieure au talon.	65 —	65 —		
De l'épine iliaque antéro-supérieure au grand trochanter.	7 —	9 —		

Dimensions du bassin.

Antéro-postérieures.

Diamètre de Baudelocque	18	centimètres.
Conjugué diagonal (promonto-sous-pubien)	8	—
Coccy-pubien	6	—

Transversales.

Entre les milieux des crêtes iliaques	22	—
Entre les épines iliaques antéro-supérieures	26	—
Entre les grands trochanters	29	—
Diamètre bi-ischiatique	11 cm. 2	

Obliques.

De l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ischion gauche	23	centimètres.
De l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à l'ischion droit	24	—
De l'épine iliaque postéro-supérieure droite à l'ischion gauche	21.5	
De l'épine-iliaque postéro-supérieure gauche à l'ischion droit	24.5	
De l'épine iliaque postéro-supérieure droite à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche	19	—
De l'épine iliaque postéro-supérieure gauche à l'épine iliaque antéro-supérieure droite	22	—

Verticales.

De l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ischion, à droite	16.5	
De l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ischion, à gauche	17	—
Hauteur de la symphyse pubienne	3	—

Ces caractères ne pouvaient laisser aucun doute sur la déformation rachitique du bassin qui devait être rangé parmi les bassins aplatis et rétrécis obliquement, la moitié gauche du détroit supérieur devant être considérée comme perdue pour l'accouchement. En considération de l'antéversion considérable du bassin et de sa déformation rachitique, je crus devoir retrancher 2 centimètres du conjugué diagonal, et éva-

luer à 6 centimètres la longueur du diamètre conjugué vrai. La vérification directe faite ultérieurement a montré qu'il n'y avait pas eu erreur d'un seul millimètre.

Une consultation eut lieu quelques jours après, le 25 février, avec MM. les Drs Dubreuil, professeur de clinique chirurgicale, Grynfeltt et Serre, agrégés, Gerbaud, chef de clinique obstétricale, Guibal, chef de clinique chirurgicale, et Léon Caste. La grossesse étant arrivée à la fin du septième mois, il fut décidé, d'un avis unanime, que l'on ne pouvait pas même tenter l'accouchement prématuré artificiel sans être obligé de pratiquer la céphalotripsie et sans faire courir à la mère les plus grands dangers. Il fut convenu, en conséquence, qu'on attendrait le moment du travail et qu'on se tiendrait prêt à pratiquer immédiatement l'opération césarienne suivant la méthode du professeur Porro, de Pavie.

La femme fut mise au courant de ce qui avait été décidé. Intelligente et parfaitement consciente de son état, prévenue que dans un cas elle sacrifiait son enfant, tandis que dans l'autre elle exposait sa vie pour lui, elle demanda quelques jours pour réfléchir et pour prendre conseil auprès de son frère. Peu de temps après, en effet, elle vint me déclarer qu'elle était prête à tout et qu'elle se soumettait d'avance à ce que l'on jugeait à propos d'entreprendre. La seule condition dont elle tint à s'assurer fut qu'on l'endormirait pour l'opération, ce qui naturellement lui fut promis.

Elle avait été mise déjà à un régime tonique spécial en vue de la placer dans les meilleures conditions de résistance, et elle prenait régulièrement du quinquina et du fer. Bientôt apparurent des vomissements mécaniques, dus à la pression que l'utérus exerçait sur l'estomac, et qui furent très facilement supprimés par des repas peu copieux et plus rapprochés. Rien de particulier à noter depuis lors. Etat général très satisfaisant aussi bien que l'état moral.

Le mercredi 9 avril 1884, à onze heures du soir, je fus prévenu que les douleurs venaient d'apparaître et que la première avait été accompagnée de l'écoulement d'une partie du

liquide amniotique mélangé d'un peu de sang. Je fis prévenir immédiatement quelques personnes qui m'avaient manifesté le désir d'assister à l'opération, et je me rendis à la clinique avec mon cher et savant maître, le professeur Dubreuil, qui avait bien voulu me promettre le concours de son expérience consommée et de ses précieux conseils.

Nous arrivâmes auprès de la patiente à minuit. Les douleurs continuent, énergiques et régulières, siégeant surtout au niveau des reins. Le col, situé très haut et dirigé en arrière, est entièrement effacé et admet l'extrémité de l'index. On y sent la poche des eaux, mais elle est très flasque et reste molle même pendant les contractions. La rupture des membranes s'est faite évidemment en un point élevé. La tête fœtale, l'occiput en arrière, occupe toujours la même position au-dessus de la branche horizontale droite du pubis. Les bruits du cœur ne sont pas perçus, mais la femme sent toujours remuer en avant et un peut partout. Pour elle, elle est très calme et prête à subir l'opération, pourvu qu'on l'endorme. Elle a eu deux selles aujourd'hui et a uriné comme d'habitude. Par précaution, néanmoins, je pratique le cathérisme de la vessie avec une sonde d'homme ; le réservoir urinaire, entièrement déjeté à droite, ne contient que quelques gouttes d'urine.

En présence des contractions énergiques nettement établies, de la dilatation commençante du col et de la rupture prématurée des membranes, il fut décidé qu'il ne serait pas prudent d'attendre au jour pour opérer et qu'il fallait, dans l'intérêt de l'enfant, agir séance tenante. Un retard inévitable se produisit alors pour les préparatifs. Une petite chambre isolée et située dans une autre partie de l'hôpital Saint-Éloi avait été disposée à l'avance en vue de l'opération et de ses suites. Malheureusement, elle n'offrait aucun aménagement favorable à une opération pratiquée pendant la nuit, et force fut de se servir de la salle d'accouchements de la clinique où l'on dut transporter tout ce qui avait été préparé à l'avance dans l'autre pièce.

Le temps consacré à ces préparatifs permit à tout le monde d'arriver. Etaient présents : M. le professeur Dubreuil, MM. les agrégés Gayraud et Chalot, MM. les Drs Gerbaud, Guibal et Leenhardt, Mlle Pujac, sage-femme en chef à l'École de la Maternité, et plusieurs étudiants, parmi lesquels trois internes de l'hôpital Saint-Éloi. Que tous me permettent de leur témoigner ici ma gratitude pour l'assistance qu'ils ont bien voulu me prêter.

Toutes les précautions antiseptiques avaient été rigoureusement prises. Il me paraît inutile de les énumérer. Le pulvérisateur à vapeur de Lucas-Championnière fut mis en fonctionnement, chargé avec l'essence d'aspic et la solution phéniquée, à côté du lit d'opération sur lequel la femme fut placée. Les jambes furent enveloppées d'une couche épaisse d'ouate et confiées à deux aides. M. Guibal voulut bien se charger de l'anesthésie, et MM. Chalot et Leenhardt se chargèrent de la contention des intestins. Au moment où ces messieurs prenaient place à côté de la patiente, on s'aperçut que les pièces de flanelle nécessaires pour protéger l'intestin contre le contact de l'air avaient été oubliées. Un temps assez considérable fut employé à s'en procurer, mais ce nouveau retard fut plus utile que fâcheux, car la parturiente, qui commençait déjà à céder à l'influence du chloroforme, fut prise à ce moment-là de troubles nerveux qui nous inquiétèrent un instant. La face était contractée, les yeux convulsés et la respiration, un instant suspendue, prit un caractère saccadé et stertoreux qui simulait la fin d'une attaque d'éclampsie. Heureusement, ce n'était qu'une fausse alerte qui se dissipa rapidement pour ne plus revenir, et le sommeil anesthésique reprit un cours régulier.

L'opération fut donc commencée le jeudi 10 avril 1884, à 2 heures 35 minutes du matin. La peau de l'abdomen fut incisée au moyen d'un bistouri convexe suivant une ligne oblique commençant à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'ombilic, passant à gauche de la cicatrice ombilicale et venant se terminer au niveau de la ligne blanche, à 4 ou 5 travers de doigt

au-dessus de la symphyse pubienne. Sa longueur totale était de 16 à 18 centimètres. L'utérus fut rapidement mis à découvert. La paroi abdominale, extrêmement amincie, présente à peine quelques faisceaux musculaires très écartés et ne renferme que quelques vaisseaux insignifiants : une seule pince hémostatique fut nécessaire.

A 2 heures 40, incision de la paroi utérine au moyen du bistouri, sur une longueur de quelques centimètres seulement et sans traverser la paroi qui est très épaisse. Quantité de sang relativement peu abondante. Immédiatement, ouverture de la paroi utérine au moyen des doigts seulement, par dilacération, suivant le précepte de M. le professeur Tarnier; hernie du placenta; j'élargis rapidement la déchirure de la paroi utérine, et en plongeant la main au travers du placenta, je pénètre dans la cavité de l'œuf et, saisissant le genou droit qui s'offre à ma main, j'extrais sans aucune résistance l'enfant, qui est suivi du placenta et des membranes, et qui crie immédiatement avec une énergie de bon augure, malgré la présence d'un circulaire autour du cou.

L'extraction avait lieu à 2 heures 43.

La paroi utérine, fortement rétractée déjà, ne laisse pas écouler une grande quantité de sang; la plus grande partie du liquide qui baigne le sol est formée par le liquide amniotique. L'utérus, très diminué de volume, est très facilement amené hors de la plaie abdominale. Malheureusement, plusieurs anses intestinales s'échappent avec lui, et une assez grande étendue du gros intestin qui ne peut être maintenue reste plus ou moins exposée à l'air jusqu'à la fermeture de la paroi abdominale.

Un tube de caoutchouc enroulé deux fois autour de l'utérus, au-dessus des ovaires et des trompes, arrête complètement le peu de sang qui continuait à sourdre de la paroi utérine. Les parties sont épongées. Deux broches en croix sont passées au-dessous du tube de caoutchouc. Ligature de l'utérus au-dessous d'elles au moyen d'un fort fil de fer et du serre-nœud de Cintrat.

Amputation de l'utérus et des ovaires à 2 heures 50.

Fixation du moignon à 3 heures 5.

Toilette du péritoine, dont la cavité ne renferme presque rien : les éponges reviennent à peine teintées par un peu de sang.

Il ne restait plus qu'à procéder à la suture de la plaie abdominale lorsque la patiente, qui est réveillée, se livre à quelques efforts et repousse au dehors de nouvelles anses intestinales avec une partie du grand épiploon. La difficulté de réduire retarde la suture de la plaie, qui n'est terminée que vers 3 heures 1/2. Elle comprend huit points de suture profonde avec la soie phéniquée au moyen de l'aiguille de Reverdin, deux points reliant le moignon à la peau, et quatre points superficiels de suture entortillée.

Immédiatement on administre à la mère une cuillerée de potion alcoolique avec 5 gouttes de laudanum de Sydenham. La peau est ensuite nettoyée, le moignon badigeonné au perchlorure de fer, et le pansement de Lister appliqué avec une couche épaisse d'ouate phéniquée.

A 4 heures du matin, la femme est installée dans son lit.

L'enfant, du sexe masculin, a toutes les apparences d'une bonne constitution et d'un développement normal. Il pèse 2,850 grammes. La longueur totale est de 51 centimètres. Les dimensions de la tête sont les suivantes :

Diamètre	occipito-frontal.........	11 cent. 5
—	occipito-mentonnier. ...	13 —
—	bipariétal.............	9 —
—	sous-occip.-bregmatique.	9 — 5

La journée du 10 se passe d'une façon très satisfaisante et sans rien de particulier. L'opérée éprouve seulement une grande fatigue et un grand besoin de sommeil qu'elle ne peut satisfaire. Mais elle est très calme, heureuse d'être délivrée, persuadée que tout danger est passé. Le facies est normal, la peau moite, le pouls fréquent, mais normal. Vers le milieu de la journée, elle se plaint d'avoir trop chaud. Elle avait été

placée dans son lit enroulée dans une couverture de laine; elle se la fait enlever. On a continué à administrer la potion alcoolique.

Prend, dans l'après-midi, un peu de bouillon glacé et champagne frappé.

A 5 heures du soir, la potion alcoolique lui répugne et l'interne prescrit une potion avec X gouttes de teinture de digitale et XX gouttes de laudanum.

10 h. s. — P. 140; T. 37°,8; R. 44, calme et régulière. Légère douleur dans le bas-ventre avec élancements par intermittence. Peau fraîche, avec un peu de moiteur au front. Se plaint toujours d'avoir trop chaud. A uriné deux fois spontanément sans difficulté ni douleur. Léger écoulement sanguinolent à la vulve.

11 avril, 9 h. m. — Pas de sommeil cette nuit, sauf pendant trois quarts d'heure environ ce matin, vers 7 heures et demie. A uriné une fois spontanément. Vomi deux fois après avoir pris un peu de bouillon. Ne veut plus de champagne, préfère un peu de limonade.

État général satisfaisant, mais se plaint d'une soif vive. La langue est bonne, mais moins humide qu'hier. Facies normal.

P. 128, très petit et souple; T. 38°,2; R. 36.

Légère odeur lochiale à la vulve. Lavages à l'eau phéniquée.

5 h. s. — P. 144; T. 39°,6; R. 33. A vomi une fois, une demi-heure après sa potion. A uriné deux fois, facilement. Soif vive. Langue bonne, fraîche, plus humide que ce matin. Ne souffre pas du bas-ventre, excepté quand elle essaye de se remuer. L'écoulement vulvaire continue, sans aucune odeur.

10 h. s. — P. petit, 152-160; T. 39°,1; R. 36-40. Se sent faible. Injection sous-cutanée d'éther, 75 centigrammes environ.

Le 12, 7 h. m. — P. 140, un peu relevé; T. 37°,4; R. 36. A eu cinq vomissements cette nuit; liquide d'un vert noirâtre, trois quarts de cuvette environ. L'interne a pratiqué ce matin une injection d'éther.

10 h. 1/2 m. — Pansement. — Plaie abdominale en très bon état, réunie jusqu'au moignon, sans rougeur. Moignon volumineux, souple, a un peu suinté et traversé le pansement; un tour est donné à la canule du serre-nœud. L'abdomen, souple et légèrement sensible à la pression, n'est pas plus volumineux qu'à la suite d'un accouchement normal. Pansement renouvelé, lavage à l'eau phéniquée, application de poudre d'iodoforme. L'écoulement lochial continue. Rien du côté des seins.

4 h. 1/2 s. — Un vomissement vers 2 heures de l'après-midi, après le bouillon. Bon aspect. Se sent mieux depuis le pansement, disposée à dormir. Aucune douleur dans l'abdomen ni dans les reins. Aucune mauvaise odeur.

P. 120-128; T. 37°,7; R. 28-36.

9 h. s. — Vomi une fois le bouillon. Uriné deux fois. Ne sent rien au ventre; dit qu'elle est très bien. Facies bon. Langue humide. Soif moindre. Rien du côté des seins.

P. 112-120, très petit; T. 36°,85; R. 28. Une injection d'éther.

Le 13, 9 h. m. — Vomi quatre fois, liquide d'un vert moins foncé. Se sent plus fatiguée. Facies complètement changé, très amaigri et pâli; yeux très enfoncés et cernés. Ne souffre pas du ventre, sauf un peu à la pression qui le trouve un peu plus volumineux et tendu.

P. 144, un peu relevé; T. 37°,4; R. 36-40.

5 h. s. — P. petit, 148; T. 37°,4; R. 36-40. Trois vomissements brun verdâtre. Refuse de prendre. Même aspect. Ballonnement du ventre augmenté. Deux larges vésicatoires sur l'abdomen, injection d'éther, lavement de peptone.

10 h. s. — N'a pas vomi, mais se sent mal à l'aise, agitée, agacée. A mal au gosier. Hoquet par moments. A pris un peu de bouillon et de jus de viande. A gardé le lavement de peptone.

P. 144, très petit; T. 37°,6; R. 36.

Les vésicatoires n'ont rien produit; ils sont trop petits. Les

remplacer par deux autres très larges. Le météorisme est encore augmenté. — Continuer.

Le 14. 9 h. m. — P. 144, filiforme; T. 37°,2; R. 40. Peau notablement refroidie au toucher. A vomi onze fois cette nuit. A un peu dormi depuis 5 heures du matin, et se sent disposée à dormir; mais c'est plutôt de la somnolence que du sommeil. Intelligence nette.

Injection d'éther. Les vésicatoires, qui ont commencé à prendre, sont laissés en place. Le pansement est renouvelé. La malade se soulève très bien elle-même sans souffrir. L'abdomen est très ballonné, mais très modérément douloureux à la pression. La plaie a très bon aspect. La plus grande partie du moignon, qui se rétracte, est excisée au-dessus de la ligature. Encore un peu de suintement. Un tour est donné à la canule du serre-nœud.

5 h. s. — P. 144; R. 40. Inquiète et agitée. A vomi trois fois. A pris deux lavements de peptone, un peu de jus de viande et de champagne simplement glacé.

9 h. s. — P. 128; T. 37°,6; R. 40. Très agitée, se jette d'un côté à l'autre de son lit, veut se lever, pousse des cris, se plaint; subdélirium par instants. A vomi quatre fois entre 6 heures et 6 heures et demie, en petite quantité, un liquide brunâtre et d'une odeur fade. A paru dormir par moments sans rêvasser. A pris un lavement de peptone, du jus de viande et du champagne.

Les vésicatoires ont à peine pris à droite; rien à gauche. En appliquer deux nouveaux, et couvrir tout le reste de l'abdomen d'onguent napolitain belladoné.

Le 15, 9 h. m. — Agitation et délire continuels. Refroidissement général. Pouls insaisissable. En soulevant le pansement pour examiner l'abdomen, on entraîne le moignon qui se détache entièrement tout seul avec les broches et la ligature, et qui laisse voir une plaie considérablement rétractée.

Mort à 2 heures de l'après-midi, 130 heures, ou au milieu du sixième jour après l'opération.

Autopsie pratiquée le mercredi 16 avril, à 4 heures du soir,

vingt-six heures après la mort, par M. le Dr Gerbaud et par moi, en présence de MM. Dubreuil, Estor, Tédenat, Chalot, etc. Plaie abdominale parfaitement réunie, sauf au niveau du pédicule, qui n'est pas adhérent à la paroi et qui est rentré dans le petit bassin. Péritonite diffuse tout le long du gros intestin, avec infiltration purulente par larges plaques sous le péritoine. La portion avoisinante de l'intestin grêle est très distendue et comme mouchetée de vergetures larges et très nombreuses. Rien dans la cavité péritonéale.

La mensuration directe avec le compas du diamètre sacro-pubien donne exactement 6 centimètres. Le promontoire, fortement déjeté à gauche, rétrécit notablement la moitié correspondante du détroit supérieur. Les lignes promonto-cotyloïdiennes ou diamètres de Burns mesurent, à droite, 7 centimètres, à gauche, 6 centimètres. (Les mêmes diamètres, pris au niveau de la distance minimum entre le promontoire et le fond de la cavité cotyloïde, mesurent, sur le bassin sec, 7 cent. 1 à droite, et 5 cent. 5 à gauche. Le conjugué vrai, sans les parties molles, atteint exactement 7 centimètres.)

C'est à dessein que je n'ai ajouté aucune espèce de commentaire à la relation qui précède : le temps me manque absolument pour développer les nombreuses réflexions que peut suggérer une observation de ce genre, et plusieurs d'entre elles trouveraient place sans doute dans le travail que prépare sur ce sujet un des élèves de notre Faculté pour sa thèse inaugurale. Mais j'ai tenu à publier le plus tôt possible ce cas intéressant pour les nombreux auteurs qui cherchent à établir une statistique exacte à propos d'une opération récente et dont la valeur est encore loin d'être fixée. Je me propose de revenir plus tard sur cette question, lorsque j'aurai les loisirs nécessaires pour l'approfondir et lorsque le squelette, préparé en ce moment par mon collègue le Dr Chalot, pourra me permettre de me livrer à une étude minutieuse de ses déformations.

Quant à l'enfant, qui a été extrait dans d'excellentes conditions, il a teté avidement, dès le premier jour, une femme récemment accouchée à la Clinique, et a continué à se nourrir

avec énergie, au point de fatiguer deux ou trois nourrices qui lui donnaient le sein en même temps qu'à leurs propres enfants. Quelques jours après, il a été placé en nourrice par les soins de l'Assistance publique.

Je ne veux pas oublier, en terminant, d'adresser les plus vifs remerciements à mon maître, le professeur Dubreuil, ainsi qu'à mon collègue et ami le Dr Tédenat, pour les conseils précieux et l'assistance dévouée qu'ils n'ont pas cessé de me prodiguer pendant les soins consécutifs que j'ai eu à donner à mon opérée.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

8e SESSION, TENUE A COPENHAGUE, DU 10 AU 17 AOUT 1884.

Compte rendu des séances de la section de Gynécologie et d'Obstétrique.

(SUITE) (1).

Séance du 12 août, soir. — Président : M. OLSHAUSEN.

I. — HALBERTSMA (Utrecht). **Sur la pathogénie de l'albuminurie des femmes enceintes.** — Le comité m'a chargé de prendre la parole pour ouvrir une discussion sur l'albuminurie des femmes enceintes.

Je n'aurais certainement pas pris cette initiative de mon propre mouvement, car j'ai encore bien des recherches à faire. Cependant il nous faut féliciter le comité de sa pensée; cette question est en effet des plus importantes et d'autres orateurs pourront exprimer leur opinion.

---

(1) V. *Annales de Gynécologie*, septembre 1884.

J'appartiens à une trop petite nation pour qu'il me soit permis de me servir de ma langue maternelle. Excusez donc mes fautes de langage.

Il va de soi que l'albuminurie reconnaît chez la femme enceinte toutes les causes qui peuvent la provoquer en dehors de la grossesse. Mais dans cette communication je me propose d'étudier exclusivement l'albuminurie *née à la suite de la grossesse ou aggravée par elle.*

Elle est un symptôme de la grossesse, et elle est généralement caractérisée par le début graduel de la maladie, son aggravation à mesure que la grossesse avance près de son terme, son augmentation rapide dès que l'utérus atteint un certain volume, par une diminution de la quantité d'urine sécrétée (on peut observer de l'anurie) et enfin par l'amélioration rapide qui se produit dès qu'à la suite de l'accouchement et de l'avortement le volume de l'utérus se trouve réduit.

L'examen histologique des reins montre que l'épithélium est généralement graisseux.

L'évolution ultérieure de cette affection varie suivant que les reins étaient auparavant sains ou malades.

Dans le premier cas les symptômes morbides apparaissent dans les derniers mois de la grossesse. Il n'y a pas d'œdème au niveau des membres supérieurs ni de la face. Le plus souvent cette affection est observée chez des *primipares.* Chez les *multipares* nous observons surtout des cas dans lesquels il y avait déjà une affection rénale.

Ici on observe de l'œdème au visage et aux membres supérieurs. Les symptômes morbides apparaissent généralement de très bonne heure.

Parfois une complication survient, il y a de la pyélite.

Enfin ces symptômes qui se développent pendant la grossesse peuvent apparaître pendant l'accouchement ou même pendant les suites de couches, généralement dans les deux premiers jours qui suivent l'accouchement. Dans ce cas l'évolution de la maladie est beaucoup plus rapide.

Quelle est la cause de cette albuminurie de femmes enceintes ?

Devons-nous nous contenter de l'opinion de Bartels, et devons-nous nous borner à enregistrer la fréquence de la néphrite pendant la grossesse sans rechercher la cause de ce phénomène?

Accepterons-nous l'opinion de Spiegelberg, de Cohnheim, d'Ingerslev, de Flaischlen et admettrons-nous une contraction des vaisseaux du rein?

Cette opinion est-elle fondée? je ne le pense pas.

Comment donc expliquer ces cas où l'affection rénale et l'éclampsie atteignent leur summum avant l'accouchement? S'il s'agissait seulement d'une névrose, il serait fort étrange que les accidents fussent si rares à cette époque de la grossesse où les phénomènes nerveux sont si fréquents.

Ingerslev lui-même est obligé de le reconnaître. La thérapeutique parle elle-même contre cette hypothèse, car si elle était vraie, l'anesthésie devrait donner des résultats encore plus beaux que ceux qu'elle permet d'obtenir.

Enfin où sont les faits, les observations, les expériences sur lesquels repose cette théorie?

Il faut donc chercher ailleurs : accuserons-nous la pression sur les vaisseaux du rein? Cela n'est pas vraisemblable. Pourquoi n'observe-t-on pas l'albuminurie dans le cas où il y a des tumeurs abdominales volumineuses non développées dans l'utérus? Du reste, dans le cours de la grossesse, l'utérus ne comprime pas les vaisseaux du rein.

Tout cela me conduit à ma théorie. L'albuminurie est due à la compression des uretères qui provoque des lésions rénales. (Voyez *Volkmann Vorträge*, n° 212.)

Ingerslev (Copenhague). — Il ne faut accepter qu'avec grandes réserves la théorie qui attribue à la compression des uretères la pathogénie de la néphrite gravidique.

Les recherches récentes qui ont été faites à ce propos montrent combien l'étiologie de cette maladie est encore obscure. Il ne semble pas que les conditions qui sembleraient favoriser la compression des uretères se rencontrent si fréquemment au début de la néphrite gravidique.

Paul Bar (Paris) s'élève contre les théories soutenues par

MM. Halbertsma et Ingerslev. S'appuyant sur les récents travaux faits en France et en Allemagne sur les différentes albuminuries qu'on observe pendant la grossesse, il pense qu'on ne saurait faire assez de réserves sur les théories émises par les auteurs classiques. Il indique dans quelle voie les recherches devront être poursuivies, et il montre quelques-uns des résultats obtenus jusqu'à ce jour.

HALBERTSMA reconnaît avec M. Bar que, généralement, on ne trouve aucune lésion inflammatoire des reins. Mais pour lui, les accidents sont dus à la compression des uretères. Le rein est alors seulement anémié. Il admet que toutes les femmes albuminuriques ne sont pas fatalement vouées à l'éclampsie. Mais il croit pouvoir maintenir sa théorie, contre laquelle on n'a donné aucun argument; elle est du reste fort simple, et ne peut-on ici rappeler l'adage : « *Simplex veri sigillum* ? »

*

II. — MARTIN (Berlin). **Du diagnostic et du traitement des maladies des trompes.** — L'étude des affections des trompes est trop délaissée dans les traités de gynécologie, et le plus souvent le diagnostic ne présente pas les difficultés que décrivent la plupart des auteurs.

Il suffit de pratiquer l'examen combiné par le vagin et la paroi abdominale pour qu'il soit possible de sentir les trompes, de les délimiter, et les sensations perçues par l'opérateur deviennent fort nettes, quand les trompes sont malades. On pourrait confondre les trompes avec les ligaments ronds ou une tumeur développée dans le ligament large; il suffit de bien s'orienter pour éviter une telle erreur. On s'orientera en suivant en dedans et en dehors le cordon qu'on pense être la trompe, et cette manœuvre lèvera tous les doutes.

Les tumeurs des trompes sont assez fréquentes puisqu'on les trouve chez plus de 6 p. 100 des femmes. Le traitement chirurgical (extirpation) est fort dangereux, et le pronostic est incontestablement plus fâcheux que celui de l'ovariotomie.

Tandis que sur 100 femmes ayant subi l'ovariotomie, Mar-

tin n'en a perdu que 3, sur 18 malades ayant subi la salpingotomie, 5 ont succombé.

On devra donc, avant tout, tenter le traitement médical qui, du reste, donne ici des résultats fort bons et souvent inattendus.

Après quelques mots de KUGELMANN et KALTENBACH, SANGER rapporte avoir fait quatre gastrotomies, dans des cas d'affections des trompes. Dans ces quatre cas, l'opération réussit. Sänger préférerait substituer au mot *salpingotomie* le nom d'*extirpation des annexes de l'utérus.*

HEGAR insiste sur les avantages que présente l'examen combiné par le rectum.

SIMPSON pense que, dans certains cas, il peut être utile de pratiquer le toucher vésical. Cependant, le diagnostic reste fort délicat, surtout quand des adhérences viennent déplacer la trompe. Souvent on ne sait s'il s'agit d'un kyste à la paroi duquel adhère la trompe, d'un abcès développé près de ce canal, ou d'une tumeur tubaire proprement dite. Une incision exploratrice pourra être permise.

Séance du 14 *août, matin.* — Président : Professeur BREISKY.

I. — ENGELMANN (Saint-Louis). **Sur la périodicité des symptômes dans les maladies de l'utérus.** — Engelmann pratique la médecine dans un pays où la malaria règne. Toutes les maladies sont influencées et le sulfate de quinine forme la base de toute médication. Or, il a souvent observé que dans les cas où une femme était atteinte d'affection utérine, on observait une certaine recrudescence dans la gravité des symptômes, recrudescence qui coïncidait avec la menstruation. C'est là un fait commun, mais qui doit être bien distingué de la périodicité sur laquelle il veut attirer l'attention. Quand cette aggravation des symptômes se produit, la douleur, la fièvre, ne sont pas continues; mais elles se produisent chaque jour, à certaines heures, elles sont périodiques.

L'auteur se demande si cette particularité est due à la dou-

ble action de la malaria et de la menstruation; il demande si ses collègues qui exercent dans des pays qui ne sont pas éprouvés par la malaria ont observé des faits semblables.

Après une discussion à laquelle prennent part KUGELMANN, GORDON, HEGAR, Engelmann se plaint de n'avoir pas été suffisamment compris. Il insiste, non sur la périodicité mensuelle des accidents, mais sur la périodicité quotidienne des phénomènes douloureux.

GORDON avait, dans sa réplique, reconnu l'exactitude des faits décrits par Engelmann, il a observé un cas dans lequel les phénomènes névralgiques dus à une affection utérine, affectaient le type tertiaire; le sulfate de quinine fut impuissant, mais la macération de quinquina permit d'obtenir la guérison. Il n'y avait pas de malaria dans le pays.

II. — STADTFELDT. **De la délivrance et de son traitement.**— Il indique les résultats obtenus à la Maternité de Copenhague, avec les différents procédés proposés pour faire la délivrance.

III. — P. BAR, de Paris, présente le basiotribe de M. Tarnier; il indique les règles du manuel opératoire, et montre, en se servant de nombreux dessins, les résultats que cet instrument permet d'obtenir.

Simpson, Muller, Lazarewitch, Jennings contestent les conclusions de M. Bar. M. Bar réplique à ces quatre orateurs, et montre le bien fondé de son opinion qu'il maintient.

Séance du 14 *août, soir.* — Président : M. SIMPSON.

I. — **Les latéro-positions congénitales de l'utérus, dans leurs relations avec le mécanisme de l'accouchement et les tumeurs péri-utérines**, professeur J. LAZAREWITCH, Kharkoff. — Les latéro-positions congénitales de la matrice sont fréquentes, particulièrement celles où elle est tout entière déplacée à gauche.

Les latéro-positions de la matrice, qui dépendent du déve-

loppement des tumeurs pathologiques, peuvent se changer en d'autres positions, et, pour ce motif, peuvent être appelées accidentelles. Mais, si les latéro-positions de la matrice dépendent du défaut de développement du ligament large, ou de la paroi latérale du vagin, ces positions sont invariables et ne changent pas pendant le développement des tumeurs qui se forment autour de la matrice, quelles que soient ces tumeurs, non plus que pendant le temps de la grossesse.

Si la position latérale de la matrice est suffisamment marquée, la partie antérieure du cul-de-sac recto-utérin, étant déplacée par la matrice, prend la forme oblique, et l'ovaire, qui correspond au côté large de l'espace péri-utérin, étant serré, se place souvent au-dessus du cul-de-sac péri-utérin et descend plus ou moins. L'ovaire du côté opposé, ne trouvant pas de place près de la matrice, s'élève ordinairement, et passe au-dessus du détroit supérieur du bassin.

Selon que c'est l'un ou l'autre des ovaires qui se transforme en kyste, ce kyste, ou bien reste plus ou moins longtemps dans le petit bassin, et, en se développant, déplace la matrice en avant et en haut, ou bien, depuis le commencement de son développement, se trouve au-dessus du petit bassin et de la matrice, en la laissant libre.

Si l'ovaire correspondant au côté large de l'espace péri-utérin se transforme en kyste, le pédicule de ce kyste est ordinairement long ; et au contraire, il est court, si le kyste appartient à l'ovaire du côté étroit de l'espace péri-utérin. Ainsi, d'après la position latérale de la matrice, on ne peut pas dire auquel des ovaires appartient le kyste ; mais, si l'on sait auquel des ovaires appartient le kyste, on peut juger de la longueur du pédicule.

Étant placée de côté, la matrice laisse libre l'entrée du cul-de-sac recto-utérin ; et, pour cette raison, le sang de ce cul-de-sac peut se répandre dans toutes les directions.

Si la matrice est placée de côté, il est difficile qu'elle soit complètement inclinée ou fléchie en avant ou en arrière ; c'est

alors que se présentent les cas de ses latéro-versions et de ses latéro-flexions.

Dans les cas où l'utérus est placé de côté, les pessaires ne peuvent la soutenir à cause des différences de longueur des parois latérales et des différentes hauteurs des voûtes latérales du vagin.

On se trompe souvent sur l'origine de la douleur ressentie quelquefois d'un côté de la partie inférieure de l'abdomen. particulièrement pendant la menstruation, en l'attribuant à l'ovaire. Cette douleur provient le plus souvent de la matrice placée de ce côté.

Les latéro-positions congénitales, aussi bien que les latéro-versions de la matrice, ont une influence évidente sur le mécanisme de l'accouchement; mais cette influence n'est pas équivalente. Dans la latéro-version, la matrice, s'agrandissant pendant la grossesse, conserve sa forme régulière, en changeant seulement la direction de son axe; tandis qu'étant déplacée dans la latéro-position, elle conserve la direction de son axe, mais change sa forme, parce que, du côté où elle est approchée d'une des parois latérales du bassin, son segment inférieur ne se dilate pas ou se dilate très peu; tandis que du côté opposé ce segment subit la dilatation sacciforme.

Pendant l'accouchement, on peut facilement parer à la latéro-version de la matrice, en faisant prendre à la femme une position convenable, ou en soutenant, à l'aide des mains, la matrice du côté correspondant.

Mais ces mesures deviennent inutiles, si la matrice est dans un état de latéro-position. Dans ce cas, il suffit d'introduire le doigt dans le col de l'utérus et de l'attirer vers le milieu du bassin.

(*A suivre.*) Paul BAR.

ACADEMIE DES SCIENCES

Traitement électrique des fibromes utérins. — Note de M. Apostoli. — Cette note contient l'exposé d'une méthode de traitement électrique nouvelle des fibromes de l'utérus. Les principes essentiels de l'ancienne méthode étaient : L'emploi d'*intensité électrique très faible*, l'adoption d'un point d'application toujours *extra-utérin*. Parmi les détails assez nombreux qui rentrent dans la technique du procédé opératoire nouveau, il en est deux qui sont absolument opposés : *l'intensité doit être la plus forte possible*, et doit atteindre, en une ou deux séances, une moyenne de 100 milliampères, surtout dans les utérus profondément hémorrhagiques ; le point d'application du courant, transmis par l'intermédiaire d'une sonde en platine, est toujours *intra-utérin*.

Il est en outre essentiel que l'action électrique s'exerce sur la totalité de la muqueuse utérine. Il importe également beaucoup de varier le sens du courant d'après la nature même de l'affection traitée. M. Apostoli a systématisé, pour ainsi dire, la cure des affections utérines. *Le pôle actif intra-utérin doit être positif dans tous les fibromes hémorrhagiques qui s'accompagnent de leucorrhée rebelle*, et *négatif dans tous les cas contraires et en particulier lorsqu'il existe une dysménorrhée intense*, etc., etc.

Pour prévenir les sensations douloureuses et la production d'une eschare au point d'application externe, M. Apostoli a imaginé, dès 1882, de faire construire l'électrode correspondante en terre glaise, ce qui permet d'en augmenter la surface et par suite de diminuer les résistances, au passage du courant, au niveau de la peau. Cette note renferme en outre 118 observations favorables à la nouvelle méthode par des exemples nombreux de régression des fibromes et de guérison des malades qui en étaient atteintes. (*Séance du* 28 *juillet* 1884.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Bouilly, au nom de M. Jeannel, communique l'observation d'une femme qui portait un **kyste de l'ovaire.** M. Jeannel pratiqua une ponction qui donna issue à 1800 grammes environ d'un liquide *clair, limpide, sans crochets*, caractères propres aux kystes para-ovariens. Mais, contrairement au résultat heureux qui suit assez fréquemment cette intervention lorsqu'il s'agit de cette variété de tumeurs, l'hydro-

pisie kystique se reproduisit. M. Jeannel fit alors une nouvelle ponction aspiratrice, lava la poche avec une solution phéniquée à 1/100, et injecta 560 *grammes d'une solution de teinture d'iode à* 50/100. Malheureusement on ne put retirer le liquide, et la femme fut prise d'accidents syncopaux qui la mirent en grand danger. Il fallut recourir aux moyens les plus énergiques pour la rappeler à la vie : injections d'éther, marteau de Mayor, courants continus, etc... Cependant la malade a fini par se remettre complètement des conséquences sérieuses du traumatisme opératoire.

M. Jeannel conclut de ce fait à la gravité des injections iodées, même dans le traitement des kystes para-ovariens. La laparotomie eut sans doute fait courir à sa malade moins de dangers.

M. Bouilly partage cette opinion et il pense, conformément d'ailleurs à un avis émis par la Société de chirurgie, qu'il convient de traiter d'abord les kystes para-ovariques par les *ponctions simples répétées* et, qu'en cas d'insuccès, il faut donner la préférence à la laparotomie.

M. Tillaux croit que M. Jeannel a eu tort de se servir d'un appareil aspirateur, car un large trocart ordinaire eût assuré l'écoulement du liquide injecté; et, en second lieu, d'avoir employé une si forte quantité de solution iodée, 560 *grammes*, qui correspondent à 280 grammes de teinture d'iode ! Bonnet n'injectait que 100 grammes, soit environ 60 grammes de teinture d'iode.

M. Lucas-Championnière déclare que cette observation prouve que les kystes para-ovariques se comportent parfois comme les autres variétés, et qu'ils sont à peu près aussi justiciables de l'ovariotomie.

M. Bouilly reconnait la justesse de la remarque qu'a faite M. Tillaux sur la quantité de liquide injecté, mais il pense que les accidents doivent être plutôt rapportés à une action mécanique et irritative exercée sur les parois, qu'à des phénomènes de résorption.

Il ne saurait admettre l'opinion émise par M. Championnière, qu'il convient de traiter par l'ovariotomie tous les kystes para-ovariques qui ne guérissent pas à la suite d'une première ponction. Un certain nombre de ces tumeurs guérissent en effet par les ponctions répétées.

(*Séance dn 25 juillet* 1884.)

REVUE DES JOURNAUX

De la néphrite consécutive à l'épithéliome utérin, par E. Lancereaux, médecin de la Pitié (1). — Ce travail, qui, comme le titre l'indique, a surtout pour but l'étude des accidents rénaux qui compliquent l'évolution de l'épithéliome de la matrice, est basé sur un contingent de 23 observations. La première partie de cette étude consiste dans le simple exposé de ces observations. Après cela, l'auteur aborde la description clinique de l'épithéliome utérin, la seule des affections carcinomateuses de la matrice qu'il désire envisager, parce que seule elle présente un certain degré de curabilité. En outre, le siège de prédilection de l'épithéliome, au début, ainsi que son mode de propagation, tracent au chirurgien, d'une façon précise, la conduite qu'il a à tenir en présence d'un épithéliome nettement constaté et encore limité au col utérin : *à savoir, en l'absence de toute contre-indication, l'intervention aussi prompte que possible.*

On a vu, en suivant les détails de la discussion agitée récemment à la Société de chirurgie, à propos du cancer de la matrice, que la proposition précédente, formulée par M. Lancereaux, est absolument identique à celle de la grande majorité des chirurgiens français. Malheureusement, le plus grand nombre d'entre eux reconnaissent aussi combien il arrive rarement qu'on soit appelé à l'époque de cette localisation, si souhaitable, du mal. « Dans ces cas, *malheureusement trop rares*, disait M. Gallard (2), faut-il agir ? Il est une règle générale applicable au cancer de l'utérus aussi bien qu'à tous les autres cancers. Elle prescrit d'extirper quand on peut et surtout quand on a la certitude ou même l'espoir, suffisamment fondé, d'enlever toute la partie malade. Sur ce point, il me semble qu'il ne peut y avoir ni doute ni hésitation, et si la crainte des récidives à distance, ou même sur place, devait retenir la main de l'opérateur, il faudrait renoncer au traitement des cancers, même les plus accessibles. »

Quoi qu'il en soit de cette digression, que nous n'avons faite que pour insister davantage sur un point de pratique important, c'est, dit

(1) *Ann. des organes génito-urinaires*, numéros de juillet, août et septembre.
(2) *Ann. de gyn*, p. 86, août 1881.

M. Lancereaux, *le cul-de-sac vaginal*, et plus souvent peut-être *les lèvres du museau de tanche qui sont le point de départ de l'épithéliome*. La marche du néoplasme implique un travail double : processus de développement, processus d'ulcération, le premier aboutissant à l'extension progressive du mal, le second à la destruction des tissus et à la production de complications très sérieuses que nous énumérerons un peu plus loin. En somme, l'épithéliome est représenté au début par une production en relief, une sorte de végétation mamelonnée qui s'étend et se déplace, pour ainsi dire, grâce à la multiplication et à l'infiltration dans les tissus voisins des cellules épithélioïdes (globes épidermiques), qui en représentent l'élément fondamental. En même temps, les parties primitivement atteintes subissent des métamorphoses régressives, d'où résulte, en réalité, *l'existence d'un ulcère plus ou moins étendu, toujours circonscrit par un rebord renversé, fortement induré et véritablement caractéristique.*

Les désordres fonctionnels qui accompagnent cette évolution morbide sont multiples : en première ligne se placent les pertes sanguines qui ne sont constituées au début que par une abondance anormale des règles (ménorrhagie), mais qui, plus tard, surviennent à plusieurs reprises dans les périodes intermenstruelles (métrorrhagie), et se compliquent successivement d'écoulements blancs, muqueux, rougeâtres, sanieux et extrêmement fétides. Puis apparaissent des troubles digestifs divers qui, compromettant d'une manière très fâcheuse la nutrition générale, se reflètent très manifestement dans l'habitus extérieur des malades ; enfin, des manifestations douloureuses, intermittentes plutôt que continues, qui ont plus spécialement pour siège les zones de distribution des nerfs lombaires et sciatiques, et qui réagissent fortement sur le caractère des malades.

M. Lancereaux s'occupe ensuite, d'une façon toute spéciale, des désordres qui surviennent du côté des voies urinaires, désordres qui évoluent parallèlement, pour ainsi dire, à l'épithéliome.

« Les urines, dit-il, deviennent sanguinolentes au moment où la végétation envahit le bas-fond de la vessie ; plus tard, lorsque cette végétation est ulcérée, et surtout lorsqu'il y a rétention d'urine, la purulence survient. Enfin, lorsqu'il n'existe qu'une obstruction des uretères à leur terminaison, l'urine est pâle et d'une densité inférieure à la densité moyenne. D'une manière générale, les urines contiennent moins de principes solides. »

L'auteur signale encore, comme fait assez commun, la présence

de l'albumine. Sur les 23 observations qu'il a rassemblées, on l'avait constatée 12 fois, encore avait-on plusieurs fois négligé de la rechercher.

Au point de vue clinique, ces troubles urinaires se compliquent presque constamment d'accidents urémiques : *urémie des voies digestives*, si l'on peut ainsi s'exprimer, *urémie cérébrale*, *urémie respiratoire ou dyspnéique*, plus rare que les formes précédentes.

Ce symptôme, qui s'accompagne d'ordinaire d'un abaissement de la température de 1 à 2 degrés, est assez habituellement la cause de la mort, lorsque celle-ci n'arrive pas d'une façon prématurée par suite d'une complication spéciale : hémorrhagie, péritonite, etc., etc. Il correspond toujours à une phase avancée du mal et doit être considéré comme un signe d'importance sérieuse.

Quant aux lésions observées, M. Lancereaux les divise de la manière suivante : *lésions primitives* (*a*), *lésions secondaires* (*b*), *lésions tertiaires* (*c*). Les unes ont pour siège l'utérus, le vagin et les ganglions lymphatiques correspondants, les autres procèdent des précédentes, principalement de la propagation du mal à la vessie et aux uretères ; elles intéressent surtout les bassinets et les reins. Les dernières enfin, consistent en modifications diverses du tube digestif et du cœur (?).

M. Lancereaux explique la marche, presque toujours identique à elle-même, de l'affection carcinomateuse, par des considérations anatomiques. Elle est, pour ainsi dire, réglée par les connexions intimes qui relient entre eux les organes génito-urinaires. La portion supérieure du col de l'utérus et celle du vagin adhèrent au bas fond de la vessie par un tissu cellulaire très dense. Quoi de plus naturel alors que l'extension du néoplasme, qui a précisément pour point de départ les zones précédentes, à l'organe vésical ? Cette propagation se fait par l'intermédiaire de traînées épithéliales amenant la formation d'un tissu conjonctif embryonnaire au sein du tissu serré qui unit entre eux le vagin, l'utérus et la vessie. Ces éléments de nouvelle formation amènent par compression l'atrophie des faisceaux musculaires, forment des saillies qui, sous forme de champignons, proéminent dans le bas-fond de la vessie. Mais les métamorphoses régressives qu'ils subissent donnent lieu fréquemment à des fistules vésico-vaginales. Le processus morbide s'étend aux uretères, dont il amène peu à peu le rétrécissement, d'où cette succession naturelle des accidents : rétrécissement des uretères, dilatation consécutive de ces conduits,

qui atteignent jusqu'au volume de l'intestin grêle, distension proportionnelle des bassinets et des calices, effacement et atrophie fréquente des extrémités papillaires des pyramides de Malpighi.

Les lésions rénales, qui sont à peu près constantes, sont subordonnées à la durée de la lésion urétéro-vésicale. Elles consistent en une sclérose plus ou moins marquée, mais cette altération rénale se différencie : 1° de la néphrite interstitielle primitive par l'état de la surface libre de l'organe qui est brillante, jaunâtre et tout à fait lisse ; 2° des néphrites saturnines artérielles, dans lesquelles la surface libre du rein est, au contraire, granuleuse, et qui, en outre, ne présentent jamais ni dilatation des bassinets et des calices, ni effacement des pyramides.

Les lésions histologiques sont également celles d'une sclérose diffuse, surtout marquée au niveau des pyramides de Malpighi. Le processus, du reste, s'étend aussi jusque dans la substance corticale, au niveau de laquelle les différents lobules sont limités par des anneaux fibreux. Dans les canaux excréteurs, les épithéliums sont troubles et forment des blocs réfringents, modifications qui existent au plus haut degré dans les tubes collecteurs de la pyramide et au plus faible degré, au contraire, au niveau des tubes contournés.

Du côté des organes digestifs, on constate également des modifications histologiques spéciales : l'estomac est rétracté, sa muqueuse présente de nombreux plis, une injection plus ou moins vive, des érosions disséminées, et est recouverte par un mucus visqueux très adhérent. L'intestin grêle est également tapissé par un enduit muqueux très épais, mais la muqueuse est pâle et décolorée, celle du gros intestin est ardoisée par places, plus rarement ulcérée ou surmontée de petites saillies furonculeuses.

Enfin, il est un dernier point intéressant que M. Lancereaux a voulu signaler, et dont la détermination peut servir à élucider une question sur laquelle l'accord n'est pas fait. Les lésions rénales consécutives à l'épithéliome utérin s'accompagnent-elles, ainsi que l'ont admis un certain nombre d'auteurs, récemment encore le Dr Artaud, de l'hypertrophie du cœur? Or, les 26 cas rassemblés dans la première partie de son travail plaident, au contraire, pour une atrophie de cet organe. Ce résultat est d'ailleurs en parfait accord avec les conclusions d'un mémoire, basé sur 36 autopsies faites à la Salpêtrière par les Drs Ch. Feré et L. Quermonne, et dont nous donnons, du reste, plus loin un court résumé.

Se fondant sur cette donnée que la sclérose rénale consécutive à l'épithéliome utérin est incapable de produire l'hypertrophie cardiaque, M. Lancereaux en arrive à cette conclusion, confirmative d'une théorie qu'il a déjà émise :

Dans la néphrite interstitielle ou scléreuse primitive, l'hypertrophie du cœur est forcément sous la dépendance immédiate de l'altération du système artériel, et n'est pas, comme le pensent un certain nombre d'auteurs, depuis Traube, subordonnée à la lésion rénale. (*Ann. des organes génito-urinaires*, juillet, août, septembre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des accouchements, par le D[r] A. CHARPENTIER, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris (1).

Un nouveau traité pratique des accouchements a fait son apparition dans le monde obstétrical ; M. le D[r] Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est l'auteur de ce nouveau venu, représenté par deux forts volumes de 1,000 pages chacun. Comme l'auteur le dit lui-même dans sa préface, les divers traités d'accouchements étaient devenus insuffisants et nullement à la hauteur de la science moderne (étant admis que les traités des professeurs Pajot et Tarnier sont encore inachevés) (2); c'est probablement pour combler cette lacune que le D[r] Charpentier a écrit son traité, qui s'adresse à la fois aux médecins, aux étudiants et aux sages-femmes. En effet, si une grande part a été faite aux questions théoriques, le côté pratique n'a pas été laissé dans l'oubli, et le praticien pourra chercher, par la lecture attentive de ce traité, à se faire une opinion sur les meilleurs moyens à employer pour surmonter et vaincre les nombreuses difficultés qui l'attendront à chaque pas dans sa carrière obstétricale.

L'ouvrage, qui comporte deux volumes, est divisé en huit livres, dont voici sommairement l'énumération.

Livre I[er]. — Partie anatomique.

Livre II. — Partie physiologique.

---

(1) Chez J.-B. Baillière et fils, éditeurs à Paris.

(2) Le premier fascicule du 2[e] volume du *Traité des accouchements*, par le professeur Tarnier est sous presse et paraîtra très prochainement (*Note de l'éditeur*).

Livre III. — Grossesse.

Livre IV. — Accouchement physiologique.

Livre V. — Pathologie de la grossesse.

Livre VI. — Pathologie de l'accouchement ou dystocie.

Livre VII. — Opérations obstétricales.

Livre VIII. — Suites de couches pathologiques ou accidents puerpéraux.

Ajoutons que plus de 600 figures se trouvent intercalées dans le texte, et que chaque chapitre est précédé d'un index bibliographique étendu, dont malheureusement nombre d'indications sont inexactes.

Comme on le voit par cette simple énumération, l'ouvrage de M. le Dr Charpentier est considérable, mais on peut dire, tout d'abord, qu'il constitue surtout un recueil, une analyse des principaux travaux obstétricaux publiés tant en Erance qu'à l'étranger.

Nous aurions aimé voir le Dr Charpentier nous donner plus explicitement ses propres opinions sur certains points encore controversés parmi les accoucheurs, nous exposer sa manière personnelle de faire, lorsqu'il se trouve en face d'opérations obstétricales différemment comprises par les maîtres ou encore mal réglées.

Ce n'est pas sans danger qu'on vient énumérer à la file les opinions diverses des auteurs qui ont abordé antérieurement et traité, non sans valeur, des questions dont ils ont fait non seulement une étude spéciale et approfondie, mais encore pour ainsi dire l'objet de leur prédilection. N'écrire ni plus ni moins qu'ils n'ont dit, rendre exactement leur pensée, constitue une tâche à la fois ingrate et périlleuse.

Ceci dit, on n'attend pas de nous que nous fassions ici une analyse aussi étendue, aussi complète que comporte un ouvrage de cette importance ; nous devons forcément nous limiter.

Dans la partie anatomique et physiologique, nous signalerons particulièrement le chapitre qui a trait à la spermatogenèse, et dans lequel se trouvent discutées les opinions de Robin, Balbiani, Pouchet et Tourneux, et où sont relatés les travaux de Mathias Duval sur cette question.

Après avoir, dans le livre III, exposé les phénomènes locaux et généraux déterminés chez la mère par la grossesse et la formation du fœtus, le Dr Charpentier consacre un long chapitre au placenta et au cordon, pour exposer ensuite les fonctions du fœtus (respiration, circulation, etc.).

Puis vient l'étude du diagnostic de la grossesse, où il est fait une large part au palper, qui donnerait, d'après le Dr Charpentier, des renseignements incomplets au point de vue de la présentation de l'extrémité céphalique chez les femmes à embonpoint exagéré, ou qui ont le ventre en besace ; certainement, dans ces cas le palper est plus difficile, mais les renseignements qu'il fournit sont tout aussi exacts, c'est là une affaire d'étude et d'habitude, il faut savoir, en outre, que chez les femmes qui ont le ventre en obusier, l'attitude du fœtus est spéciale.

Dans le court chapitre consacré à l'hygiène de la grossesse. M. le Dr Charpentier, tout en rejetant le corset, recommande, presque sans exception, l'usage d'une ceinture abdominale. Après avoir parlé de la nécessité d'examiner les urines chez toute femme grosse, l'auteur n'insiste peut-être pas assez sur l'utilité qu'il y a pour la femme enceinte d'être examinée au moyen du palper à partir de la fin du huitième mois ; si toutes les femmes enceintes connaissaient l'importance de cet examen, elles éviteraient à elles et à leur accoucheur de terribles mécomptes ; c'est là, il nous semble, une question capitale dans l'hygiène de la grossesse ; il ne faut ni retarder le plus possible ces sortes d'examen, ni y avoir recours que dans les cas absolument indispensables.

L'auteur, après avoir examiné les phénomènes physiologiques de l'accouchement, effacement du col, dilatation de l'orifice, contractions douloureuses, poche des eaux, étudie longuement les phénomènes mécaniques de l'accouchement avec leurs anomalies, suivant les différentes présentations ; il termine ce chapitre par les soins à donner à la mère et à l'enfant pendant le travail, et consacre finalement quelques pages à l'anesthésie appliquée aux accouchements naturels. L'emploi de l'éther, du chloroforme, du chloral, est tour à tour discuté ; l'auteur ne se croit pas autorisé à refuser un peu de chloroforme à la parturiente, qui en fait la demande, tout en préférant, il nous semble, l'usage du chloral pendant la période de dilatation.

Vient ensuite l'étude des suites de couches, l'involution de l'utérus, la restauration de sa muqueuse d'après les travaux de Robin et Léopold, qui sont en contradiction avec les opinions de Pinard, Hergott, Canzinotti.

Dans le livre V, l'auteur, sous le nom de pathologie de la grossesse, étudie les maladies indépendantes et dépendantes de la grossesse qui surviennent chez les femmes enceintes, les maladies de l'œuf et du

fœtus, pour terminer par l'avortement et la grossesse extra-utérine ; ce livre n'est pas le moins intéressant, et on y trouve de très utiles renseignements sur l'albuminurie et l'éclampsie, à l'étude desquelles l'auteur a donné à juste titre un long développement ; dans les cas d'éclampsie, l'auteur rejette absolument l'accouchement prématuré artificiel, et, à plus forte raison, l'accouchement forcé et l'avortement ; à ce sujet, nous dirons que l'auteur n'a pas compris les idées du professeur Tarnier, qui réserve ce mode d'intervention seulement dans quelques cas d'albuminurie très définis, très limités.

Deux grandes indications dominent toute la thérapeutique de l'avortement, nous dit le Dr Charpentier : 1° combattre l'hémorrhagie ; 2° amener le plus tôt possible la terminaison de l'avortement, celui-ci étant reconnu fatal.

Tout en faisant la part des divergences soulevées par les accoucheurs, l'auteur, pour combattre l'hémorrhagie, associe le tamponnement au seigle ergoté, c'est-à-dire qu'il est ici en contradiction avec lui-même, puisque dans l'étude qu'il fait plus loin du seigle ergoté, il se rallie entièrement à l'opinion du professeur Pajot, qui veut qu'on ne donne jamais de seigle, tant qu'il reste quelque chose dans l'utérus ; enfin dans les cas, où tout ou partie du placenta reste dans la cavité utérine et détermine des accidents d'infection, l'auteur a recours soit à la main, soit aux instruments, et plus particulièrement à la curette de Pajot, tout en faisant des injections antiseptiques intra-utérines, pour peu que l'odeur persiste.

Pour ce qui a trait au traitement de la grossesse extra-utérine, l'auteur, d'accord en cela avec Depaul, rejette une intervention active dans les cas de rupture du kyste ; si la grossesse est près du terme, que le fœtus soit vivant, il est d'avis de faire la gastrotomie à la fin du huitième mois, en pensant qu'on pourra, dans l'avenir, compter sur de plus nombreux succès ; nous regrettons de ne point trouver ici, au moins, quelques lignes sur l'élytrotomie, lorsque le fœtus a succombé durant le cours de la grossesse extra-utérine.

Le 2e volume traite de la pathologie de l'accouchement ou dystocie, des opérations obstétricales et des suites de couches pathologiques ; nous ne pouvons suivre l'auteur dans la longue et judicieuse étude qu'il fait des bassins rétrécis ou vicieusement conformés ; c'est là une étude de première importance, et M. le Dr Charpentier n'y consacre pas moins de 200 pages très instructives ; dans l'étude qu'il fait ensuite des hémorrhagies puerpérales, l'auteur discute longuement la

pathogénie de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta, pour arriver à la question du traitement.

Tout en donnant la préférence au tamponnement, le Dr Charpentier préconise la méthode de Puzos associée au seigle ergoté, contre-indiqué, dit-il, dans les rétrécissements du bassin, les lésions organiques de l'utérus et les présentations vicieuses de l'enfant ; nous aurions voulu voir l'auteur indiquer l'utilité qu'il y a à essayer, par des manœuvres externes, d'obtenir une présentation du sommet, dans les cas où l'enfant se présente par le siège ou par un de ses plans latéraux.

Nous passons rapidement sur les accidents de la délivrance et la dystocie fœtale pour arriver au livre VII, qui traite des opérations obstétricales.

Après avoir exposé l'historique de la version par manœuvres externes, l'auteur se montre peu partisan de ce mode d'intervention, sauf dans les présentations du tronc. Le Dr Pinard a dit : « la version par manœuvres externes doit être pratiquée *pendant la grossesse*, dans tous les cas où, après huit mois de gestation, la tête occupe une des fosses iliaques ou le segment supérieur de l'utérus. » — « Nous n'acceptons pas, ajoute le Dr Charpentier, les indications de la version par manœuvres externes, telles qu'elles sont exposées par notre collègue, et si nous sommes d'accord avec lui en ce qui concerne la présentation du tronc, il n'en est plus de même pour les présentations de l'extrémité pelvienne. »

L'auteur la rejette chez les primipares et chez les multipares : chez les primipares, parce qu'elle peut être, dans certains cas, irréalisable, chez les multipares, parce qu'elle est inutile.

Mais de ce que chez les primipares la version par manœuvres externes est souvent difficile, dans certains cas même impraticable, s'ensuit-il qu'on doive la repousser ? Certainement non, et nous n'assisterons jamais, sans crainte pour la vie de l'enfant, une primipare accouchant à terme d'un fœtus se présentant par le siège ; assurément, chez ces femmes, l'opération est plus difficile, plus longue, et peut demander qu'on y revienne à plusieurs fois, ainsi que nous l'avons vu dans nombre de cas ; mais nous pensons que l'opération devra toujours être tentée : avec de la prudence, de la patience et de l'habileté, on réussira souvent où un autre a pu échouer.

De plus, si par cette manœuvre on peut éviter aux multipares de longues heures de souffrances, il nous semble qu'on n'est pas en droit

de leur refuser cet avantage ; n'y eût-il que ce résultat, cela suffirait pour ne pas regarder la version par manœuvres externes faite chez les multipares comme une opération inutile, d'autant plus que chez ces dernières la mort peut être le résultat de cette présentation.

Le Dr Charpentier n'a pas consacré moins de 100 pages à l'étude du forceps ; en raison de l'importance des recherches faites continuellement sur ce sujet, en raison surtout des heureuses modifications que M. le professeur Tarnier a pu apporter dans la construction et le mode d'emploi de son nouvel instrument, l'auteur a cru devoir entrer dans de longues considérations, nous ne saurions trop l'en féliciter, c'est là une étude intéressante au premier chef pour un accoucheur, en raison surtout des controverses encore récentes qu'a soulevées, dès son apparition, le forceps du professeur Tarnier.

Le Dr Charpentier se montre beaucoup moins ardent promoteur du nouvel instrument que les élèves de Tarnier, sans en méconnaître pourtant les avantages qu'il peut présenter dans l'excavation ; mais lorsque la tête est peu engagée au détroit supérieur, surtout lorsqu'elle se trouve tout entière au-dessus de ce détroit, l'auteur préfère le forceps classique, se trouvant, dit-il, ainsi plus sûr de lui, et redoutant moins le glissement. Enfin, ajoute le Dr Charpentier, le dernier modèle de Tarnier n'étant que le forceps classique plus les branches de traction, l'accoucheur pourra à la rigueur se dispenser de ce dernier. En effet, l'auteur dit que, dans le dernier modèle de Tarnier, la courbure périnéale n'existe plus ; ceci prouve que le Dr Charpentier n'a pas compris les principes sur lesquels repose l'instrument du professeur Tarnier.

Dans de très nombreuses applications de forceps, faites souvent dans des conditions très difficiles, nous pouvons dire que le forceps du professeur Tarnier ne nous a jamais fait défaut, il nous a toujours donné ce que nous lui demandions ; les résultats merveilleux qu'il a donnés dans des mains plus habiles et bien plus expérimentées que les nôtres ont démontré péremptoirement aujourd'hui les immenses avantages de cet instrument, qui ne compte plus ses succès.

Le Dr Charpentier, après avoir fait l'étude de l'accouchement prématuré artificiel, de l'avortement provoqué, termine enfin ce livre par l'opération césarienne et l'embryotomie, qui comprend la craniotomie, la céphalotripsie, la cranioclasie, enfin l'embryotomie proprement dite ; nous ne pouvons suivre l'auteur dans tous ces chapitres, très détaillés et très intéressants à lire.

Le livre VIII et dernier renferme une longue étude sur la pathologie des suites de couches ; la pathogénie de la fièvre puerpérale y est étudiée avec beaucoup de soins et de détails. Le traitement prophylactique, dont les merveilleux effets sont constatés tous les jours dans les services d'accouchements, était le complément obligatoire de ce livre, pour lui donner le rang qu'il doit occuper dans le monde scientifique où il doit rendre des services.

Mais aujourd'hui la science obstétricale, grâce aux travaux de chercheurs infatigables, marche à grands pas dans une voie de plus en plus précise, et réalise chaque jour d'immenses progrès ; c'est assez dire que, depuis l'apparition du livre du Dr Charpentier, certaines questions nouvelles se sont dressées, certaines méthodes opératoires, encore peu entrées dans le domaine courant, tendent à voir le jour.

Nous espérons dans une nouvelle édition n'avoir à signaler ni ces imperfections ni ces lacunes. Dr Al. Boissard.

VARIÉTÉS

A M. le Professeur PAJOT.

Mon cher Maître,

Les cas d'accouchement de deux, trois enfants, ne sont pas bien rares ; j'ai cru que le cas qui fait le sujet de l'observation que je me fais un plaisir de vous adresser était non seulement assez rare, mais encore assez intéressant pour vous le communiquer.

Le fait est déjà vieux, il date de 1872; mais, malgré cela, malgré surtout mon peu d'empressement à vous le communiquer, il n'en est pas moins véritable, et relaté par moi, avec la certitude de la sincérité et de l'honnêteté médicales ; du reste, les témoins de ce qui va suivre existent encore, malheureusement à l'exception de la pauvre patiente.

C'était il y a onze ans, en janvier, heure de minuit ; je fus appelé, dans une localité, par une sage-femme, pour l'accouchement de la femme Raud.

Cette femme avait alors 40 ans, elle avait eu un premier enfant; accouchement heureux ; femme grosse, replète, avec toutes les manifestations de la scrofule, le type, en un mot, de la diathèse scrofu-

leuse, et entre parenthèses, laide à faire peur, véritable remède contre l'amour.

Arrivé près de cette femme, que son médecin, officier de santé de la localité, n'avait pas voulu assister en cette malheureuse circonstance (peut-être pour cause), je la trouvai dans la position suivante :

Pâle, exsangue, œdème considérable de tout le corps, les grandes lèvres, participant à cet œdème, formaient un véritable tablier des hottentotes ; mais ce qui me frappa le plus, fut non seulement le volume considérable du ventre, ses inégalités, ses bosselures, mais surtout son diamètre transversal considérable, présentant à considérer une énorme grosseur à fond de cornue, à gauche.

L'examen intérieur fut d'abord très difficile, vu l'œdème des lèvres; malgré tout, les douleurs étant très vives, avec intermittences très courtes, je pus constater une bonne première présentation de la tête, et au bout d'un petit quart d'heure, je reçus un enfant, sexe masculin, très bien conformé et vivant. J'avais à peine fait la section du cordon, que de nouvelles douleurs très intenses, très rapprochées apparurent; je fis de nouvelles investigations, et je fus obligé, pour reconnaître la position du nouvel arrivant, d'introduire ma main en entier. Je reconnus, au milieu d'un nombre que je n'avais pas le temps de compter, pieds, mains, etc., une présentation (épaule gauche, dos en avant, tête fortement fléchie sur son pariétal droit) ; je fis la version, et je reçus un enfant, sexe féminin, aussi bien portant que le premier.

Le temps de prendre un peu haleine ne me fut pas donné. Malgré le plein hiver, je vous assure que je n'avais pas froid. De nouvelles douleurs, mais cette fois atroces, m'annoncèrent la présence d'un nouvel hôte, ce qui ne m'étonna pas, car dans la version du second enfant, ma main en reconnut parfaitement la présence, bien qu'il fût très élevé. Je fis alors de nouvelles investigations, et je reconnus, mais très élevée, quelle était la présence d'un troisième enfant ; et, chose extraordinaire, ou du moins qui m'a paru très extraordinaire alors, dans une position exactement semblable au second, moins la flexion de la tête sur son pariétal ; je fis, mais cette fois avec peine, une nouvelle version, et j'obtins, comme nouveau succès, l'entrée dans le monde d'un troisième enfant, sexe féminin, tout aussi bien portant que les deux autres.

La malheureuse patiente était alors dans ce moment dans un état de prostration considérable, cependant il n'y avait eu que très peu d'é-

coulement sanguin; je ne relaterai point les soins donnés à cette malheureuse, j'ai agi ou cru agir suivant les règles prescrites par mes maîtres, et suivant les ressources de ma faible intelligence.

Il n'y avait plus alors de douleurs, mais sensation de malaise très grand, brisement des membres, toujours pas d'hémorrhagie. Je voulus alors faire l'extraction du ou des délivres; cependant, le vaste gonflement à gauche de la mère m'inquiétait toujours et était rendu encore plus sensible par la désemplitude du ventre. Quoi qu'il en soit, j'enroulai les trois cordons autour de ma main (ils étaient et si longs et si flasques) comme une corde, et je commençai des tractions très légères, qu'indiquait la prudence, tout en comprimant le fond de l'utérus; il y eut alors rupture d'un des cordons; j'attendis un instant et recommençai mes tractions prudentes, et pus amener à la vulve la masse placentaire, que je ne pus à ce moment extraire, en voici la raison : à la partie supérieure du délivre, je reconnus la présence d'une corde dure, très tendue, se dirigeant du côté gauche de la mère, qui se trouvait alors en bien fâcheuse position, moi n'étant pas tout à fait aux noces.

Laissant là le délivre, je résolus d'aller à la recherche de l'inconnu. Je pénétrai dans la vaste cavité utérine, mon bras jusqu'au coude au niveau de l'ouverture rétrécie d'un vaste cloaque, et ma main arriva sur un corps dur, volumineux, de forme ovalaire, pourvu de prolongements durs de 4 centimètres de long. Je fus assez heureux pour en saisir un, le plus fortement que le permettait la lubrifaction de mes doigts, et tentai l'extraction, mais inutilement; ce que je tenais, à la moindre traction, roulait sur son axe et me faisait lâcher prise. A ce moment, j'utilisai les deux mains de la sage-femme, pour embrasser avec ses deux paumes la tumeur extérieurement et l'immobiliser; en même temps, je poussai ma main le plus loin que je pus, et j'embrassai une large surface de la circonférence de la tumeur, ou plutôt du corps dur, auquel je fis exécuter des mouvements de progression, par rotation sur son axe, je parvins à lui faire franchir l'ouverture, et il tomba dans le bassin, d'où je pus l'extraire avec bien de la peine, en le présentant à la vulve par son diamètre latéral le moins large.

Je constatai alors que les organes, tant internes qu'externes, de la mère n'avaient pas subi de fortes atteintes depuis le cours de cette triste opération.

La malheureuse femme, dix minutes après, expirait sans combat; il

ne s'était pas écoulé, au dehors, plus d'un verre et demi de sang, depuis le commencement de son accouchement.

Les trois enfants étaient bien portants, pesaient chacun plus de six livres; deux sont encore vivants, le troisième est mort un mois après d'une sérieuse entérite, par suite de soins et insuffisants et mal dirigés.

Ce que j'ai appelé, dans le cours de l'observation, *tumeur*, et qui n'était autre qu'un quatrième enfant, un monstre, pesait trois livres et plus, et présentait, à son milieu, un hile, d'où sortait la corde dure insérée à la partie supéro-externe du placenta.

Les trois prolongements, certainement membres rudimentaires, étaient couverts de peau saine; les yeux et la bouche étaient marqués par trois enfoncements inégaux; la tête était fléchie dans cette masse charnue, englobée par elle, et reconnaissable à la ligne qui la moulait.

Le cordon du premier enfant avait un placenta unique et était réuni à son voisin par des membranes résistantes; le dernier présentait à son milieu le point d'insertion unique des deux cordons; en outre, il avait à sa partie supérieure le point d'implantation de cette corde charnue dure, allant à gauche de la mère, comme j'ai dit plus haut.

Voilà, mon cher maître, l'observation que j'avais rédigée, il y a bien des années, pour vous la communiquer et dont je certifie l'exactitude. Elle est un peu longue, et pourtant j'ai glissé sur bien des points que vous rectifierez facilement; aussi, je vous fais bien mes excuses d'abuser de vos instants dans une lecture aussi longue.

Recevez, cher maître, l'assurance de la considération la plus distinguée et des sentiments dévoués de votre élève.

D[r] PHELIPEAUX, de Maillezais (Vendée).

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. PARENT, imp. de la Fac. de médec., A. DAVY, successeur,
52, rue Madame et rue M.-le-Prince, 14.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

LE BASIOTRIBE TARNIER.

Par le Dr A. Pinard, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux.

L'invention du céphalotribe par A. Baudelocque neveu en 1829, peut et doit être regardée comme un progrès considérable réalisé dans l'art des accouchements. « Personne, dit Kilian, pour ne juger que d'après les faits, n'a réussi avant l'auteur français, à répondre par un mécanisme aussi efficace à un besoin aussi profondément senti et à donner un instrument, non seulement pour l'armoire du collectionneur, mais aussi pour les sérieuses exigences de la pratique (1). »

(1) Kilian. *Organ für die gesammte Heilkunde*. Bonn, 1842. (Cité par Lauth, p. 29, dans sa remarquable thèse : *De l'embryothlasie et, en particulier, de la céphalotripsie*. Strasbourg, 1863.)

Avant 1829, on perforait, on dépeçait la tête, on ne pouvait la broyer, malgré les nombreuses tentatives faites dans ce but, et en particulier par Coutouly (1) Assalini (2) et Delpech (3).

Avec l'instrument de Baudelocque, on peut broyer la tête fœtale, mais la broie-t-on toujours autant que cela est nécessaire pour ne pas faire courir de dangers à l'organisme maternel? Là est la question que nous voulons étudier.

La tête étant saisie entre les branches du céphalotribe, et bien saisie, peut-on facilement la broyer? On peut sans hésiter répondre par l'affirmative.

Les heureuses modifications apportées au mécanisme destiné à obtenir le rapprochement des cuillers et en particulier celle dont nous sommes redevables à M. H. Blot, ont rendu ce temps de l'opération extrêmement facile.

L'instrument est-il bien maniable et facile à appliquer? On peut répondre encore hardiment oui.

Car, si l'instrument primitif de Baudelocque avait des dimensions et un poids qui rendaient son maniement à la fois incommode et dangereux (Pajot), depuis assez longtemps ces défauts ont disparu; les dimensions du céphalotribe actuel ne dépassent guère celles du forceps ou sont moindres, et le poids de chaque branche ou même le poids total ne sont pas assez considérables pour atténuer ou abolir chez l'opérateur la notion de sensibilité.

Alors comment se fait-il donc que, possédant un instrument bien maniable, facile à introduire, qui possède, au point de vue du broiement de la tête la toute-puissance, l'usage du céphalotribe ne soit pas universellement adopté, et qu'on lui

---

(1) Nouveaux forceps présentés à l'Académie royale de chirurgie à sa séance publique de 1788, par M. Coutouly.

(2) Assalini. *Observationes practicæ de tutiori modo extrahendi fœtum jam mortuum supra vitiatam pelvim detentum, cum tabula ænea*, 1810. — Lettre de Gervasoni à Dolsini sur le nouvel instrument d'Assalini. Milan, 1811. — Hüter. *Embryothlase*, 1844.

(3) *Mémorial des hôpitaux du midi et de la Clinique de Montpellier*, novembre 1829.

préfère, suivant les pays, soit des instruments beaucoup plus compliqués, comme le forceps-scie, ou l'instrument du professeur Guyon, ou beaucoup moins puissants, comme le cranioclaste?

La raison, je ne crains pas de le dire bien haut, gît tout entière dans ce fait, à savoir que la tête est trop *mobile entre les cuillers du céphalotribe.*

Examinons les faits : supposons une tête mobile au-dessus du détroit supérieur et une application du céphalotribe nécessaire. Il faut faire immobiliser la tête par les mains d'un aide qui pressera, à travers la paroi abdominale, de haut en bas. Ici, l'immobilité de la tête est obtenue le plus souvent assez facilement. Quelquefois même, la pression est telle que la tête, appliquée fortement, vient oblitérer de telle façon l'aire du détroit supérieur, qu'il ne reste plus de place ou d'interstice pour le passage des doigts et de l'instrument. On est obligé de recommander, dans ce cas, une pression plus modérée, afin de pouvoir introduire et placer les cuillers. Là n'est pas la difficulté.

Ce qui est difficile à obtenir, c'est le séjour de la tête entre les cuillers pendant le rapprochement des branches. Pendant ce temps de l'opération, quelle que soit l'habileté de l'aide qui est chargé de maintenir la tête, quelle que soit sa force, souvent la tête se dérobe, non pas, comme on pourrait le croire, parce qu'elle est chassée de bas en haut, en raison de la forme de l'instrument (ceci n'arrive que lorsque les cuillers n'ont pas été introduites assez profondément), mais le plus souvent, soit en avant, soit en arrière. Que ce soit la tête qui s'échappe, l'instrument restant immobile, ou que ce soit l'instrument qui glisse sur la tête fixée, peu importe, le fait important est là. Le broiement ne se fait pas ou se fait d'une façon incomplète, c'est-à-dire mal, par suite de la mobilité de la tête pendant le rapprochement des cuillers. Saisir la tête avec les cuillers du céphalotribe est quelque chose, la maintenir immobile pendant le broiement, est tout.

Du reste, tous les opérateurs, depuis l'invention de l'instrument, ont cherché à atteindre ce but.

Cazeaux (1) augmente la courbure pelvienne de l'instrument, excave les cuillers, garnit leur face interne de pointes qui, en s'enfonçant dans le cuir chevelu, doivent prévenir le glissement, et enfin, imagine une vis qui rend le déplacement des branches parallèle. Comme le dit avec juste raison Lauth (2), sa principale préoccupation a été d'empêcher que les cuillers ne s'écartent à la manière de ciseaux; leur plus grand écartement se trouvant à leur extrémité, et il a voulu qu'au moment où la tête est saisie « le céphalotribe présente la figure d'un cône dont la base se trouve à l'extrémité articulaire et le sommet à l'extrémité des cuillers et non pas celle d'un cône renversé. »

Valette (3) imagine un céphalotribe à branches non croisées et, de plus, termine l'extrémité supérieure de ses cuillers par une pointe recourbée de manière à pouvoir s'enfoncer dans les parties molles de la tête du fœtus.

Depaul fait terminer l'extrémité des cuillers en forme de crochets légèremet saillants à la face interne, crochets qui, en s'implantant dans la tête quand l'instrument est serré, doivent rendre tout glissement impossible.

Charrière, quoique n'étant pas accoucheur, mais qui avait bien observé à la clinique de Dubois, taille en lime la face interne des cuillers, afin que celles-ci possèdent plus de prise sur la tête fœtale.

Chailly (4), afin d'éviter le glissement, recourbe l'extrémité des cuillers de manière que l'une rentre dans l'autre : les parties comprimées se trouvent ainsi saisies de telle sorte qu'elles ne peuvent s'échapper.

---

(1) *Revue médicale*, mai 1843 et *Traité d'accouchements.*

(2) *Loco citato*, p. 79.

(3) Thèse de Dumas, de Cette. *De l'embryotomie et de l'opération césarienne comparées; description d'un nouveau céphalotribe.* Paris, 1857.

(4) Chailly. *Traité d'accouchements.*

Le professeur Trélat (1) fait construire un céphalotribe dont les branches possèdent une certaine élasticité qui leur permet de s'aplatir en quelque sorte sur le crâne, de le saisir sur une plus grande surface et d'y prendre, par conséquent, un point d'appui plus solide.

M. Bailly fait construire un nouvel instrument qu'il décrit ainsi (2) :

Ce céphalotribe a été construit sur mes indications par la maison Collin. L'idée qui l'a inspiré a été d'obtenir un instrument qui, tout en étant assez puissant pour broyer la tête du fœtus, pût l'embrasser dans une plus grande étendue, de la saisir mieux que ne le fait le céphalotribe ordinaire, dont les cuillers étroites et trop peu concaves saisissent mal. Cette idée, sans doute, n'est pas neuve, mais il ne semble pas que, jusqu'ici du moins, en France, elle ait été réalisée d'une manière satisfaisante pour la pratique, puisqu'on ne trouve aucun modèle courant de ce genre chez nos fabricants d'instruments de chirurgie.

Celui-ci tient à la fois du céphalotribe et du forceps. Il a la force du premier, les cuillers larges du second. Leur face interne est relevée de pointes qui s'incrustent dans la tête et la retiennent entre les mors, à mesure qu'on fait jouer la vis de rappel pour les rapprocher.

..... Mon céphalotribe aura, je crois, une supériorité marquée sur le céphalotribe actuel au point de vue d'une préhension solide de la tête.

Charrier présente, en 1876, à la Société clinique, un céphalotribe dont les cuillers sont fenêtrées, afin de rendre la prise de la tête plus solide.

Le professeur Tarnier présente, quelques mois après, à la Société de chirurgie, un nouveau céphalotribe. « Tous les cé-

(1) Tarnier. EMBRYOTOMIE, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

(2) Professeur Pajot. Art. CÉPHALOTRIPSIE, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

phalotribes connus, dit-il, ont l'inconvénient de lâcher prise. Celui que je vous présente a les dimensions et la forme d'un céphalotribe ordinaire, avec la grande vis de pression de M. H. Blot : seulement les cuillers, au lieu d'être pleines, sont percées de trois fenêtres ovalaires percées de distance en distance. Entre les fenêtres, se trouvent des traverses métalliques, légèrement concaves et étendues d'un bord à l'autre de la cuiller. Ces traverses font saillie sur le fond de la cuiller et elles sont assez étroites de haut en bas pour déprimer le cuir chevelu et en quelque sorte s'y incruster. Fenêtres et traverses sont, sur chaque cuiller, placées à des hauteurs différentes. »

Le professeur Pajot dit (1) : « La partie fœtale étant saisie par les deux branches solidement articulées, il faut, sur-le-champ, procéder à l'écrasement. Pendant ce temps de l'opération, *l'aide chargé de comprimer, de haut en bas, la région hypogastrique pour immobiliser la partie fœtale, tient entre ses mains le succès de l'opération.* »

En effet, à mesure que le mécanisme destiné a rapprocher les cuillers va être mis en action, la partie fœtale, la tête surtout, en raison de sa forme, sera sollicitée à s'échapper en glissant de bas en haut entre les cuillers de l'instrument, car le céphalotribe, tel qu'il est placé dans le bassin, représente, de l'articulation à ses extrémités supérieures, un angle dont le sommet est à la jonction des deux branches et dont les côtés sont représentés par chacune des cuillers. Cette portion de l'instrument figure assez exactement la lettre V. Il est facile de comprendre comment la pression agissant, en raison de cette forme, plus promptement et plus énergiquement vers le point de rencontre des deux branches qu'à leurs extrémités, la tête doit tendre à s'échapper de proche en proche vers l'espace libre laissé en haut par l'extrémité des cuillers... On comprend par ces raison l'importance du rôle de l'aide chargé d'immobiliser la partie fœtale au détroit supérieur, pendant

(1) *Loco citato*, p. 63.

le commencement du broiement. Le succès dépend en grande partie de la manœuvre qu'il doit éxécuter.

Et plus loin (page 74) : « Le glissement de la tête entre les deux cuillers, signalé plus haut avec détails, est la seule difficulté qu'on rencontre dans ce troisième temps, mais elle est d'une importance capitale, puisqu'à elle seule, elle fait échouer l'opération présente et peut devenir un obstacle sérieux à la réussite des opérations futures. Il faut donc apporter toute son attention à éviter ce glissement. Le seul moyen conseillé jusqu'à présent a consisté dans les pressions exercées par l'aide sur la région hypogastrique. Frappé de l'insuffisance fréquente de cette manœuvre, j'avais conseillé, après la perforation, d'introduire dans le crâne une petite tige en bois de 4 à 5 centimètres, de la grosseur du petit doigt, attachée solidement dans son milieu par un lien résistant. Cette tige, introduite dans le crâne par une de ses extrémités, basculerait en tirant sur le lien qui, confié à un aide, permettrait de fixer la tête au détroit supérieur. Un médecin de province, qui ne comprit pas le but que je recherchais, me reprocha d'emprunter à Baudelocque ce procédé qu'il tenait d'un médecin exerçant à l'étranger. Je reconnus qu'en effet Baudelocque et aussi Gardien avaient conseillé ce moyen comme mode d'extraction de la tête, ce qui, par parenthèses, constituait le plus infidèle, le plus dangereux et le plus détestable des procédés ; je reste néanmoins convaincu qu'au point de vue de la céphalotripsie et non pas dans un but d'extraction, mais pour obtenir simplement la fixité de la tête et empêcher son glissement pendant le rapprochement des cuillers, l'artifice de la tige pourrait rendre quelques services.

Quel que soit le procédé employé, le glissement de la partie fœtale doit être surveillé attentivement ; or, pendant le rapprochement des branches, l'opérateur doit s'en préoccuper attentivement. »

On le voit, la constante préoccupation des accoucheurs ayant eu à lutter avec les difficultés de la céphalotripsie a été

de chercher à obtenir l'immobilisation de la tête pendant le broiement.

Eh bien, il faut le reconnaître, ni la courbure suivant les faces, ni la courbure suivant les bords, ni les rugosités de la face interne des cuillers, ni les crochets, ni le parallélisme des branches, ni l'élasticité des cuillers, ni les fenêtres, ni les saillies transversales n'ont fait atteindre le but tant recherché et si désirable.

Le procédé du bâtonnet du professeur Pajot, quelque ingénieux qu'il soit, est aussi infidèle. Il a été employé par M. Bailly (1), avec succès, en 1872.

Un premier bâtonnet de sapin avait été brisé par les tractions immodérées de la sage-femme chargée de tirer sur la corde ; un second en bois de frêne résista.

Il est probable que M. Bailly a éprouvé depuis quelque déboire en employant ce moyen, puisqu'il a imaginé son céphalotribe.

Quant à l'aide qui tient *le succès de l'opération entre ses mains*, il le voit, il le sent, hélas ! trop souvent fuir, quoi qu'il fasse ; et l'opérateur a beau surveiller attentivement le glissement de la partie fœtale et s'en préoccuper à chaque instant, comme le recommande le professeur Pajot, trop souvent aussi, malgré ses efforts, il n'a qu'à faire la même constatation que l'aide, et il n'éprouve que trop de facilité à rapprocher ses manches.

Que de fois ai-je éprouvé ces sensations, soit comme aide, soit comme opérateur !

Ainsi l'emploi du bâtonnet, quelle que soit la solidité de ce dernier, pas plus que l'habileté, la force de l'aide ne peut suppléer à l'impuissance de l'instrument au point de vue de la rétention de la tête entre les cuillers.

En présence des insuccès de ces modifications instrumentales et de ces procédés opératoires, convaincu que là est le nœud de la question, M. Tarnier imagina un nouvel instru-

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 74 et 75.

ment : *le Basiotribe*, qu'il présenta à l'Académie de médecine dans la séance du 11 décembre 1883 (1).

Je crois utile, pour la compréhension de ce qui va suivre, de reproduire ici et la description qu'en a faite le professeur Tarnier, ainsi que les figures qui représentent l'instrument, et, de plus, un certain nombre de dessins faits d'après nature par mon ami et collègue Ribemont-Dessaignes, et destinés à démontrer l'action de l'instrument, suivant les différentes présentations et positions de la tête.

« J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un instrument que j'appelle *Basiotribe*, et qui est destiné à broyer la tête du fœtus.

Cet instrument, que j'ai fait fabriquer par M. Collin, se compose de trois branches d'inégale longueur, étagées, et d'une vis d'écrasement. Sa longueur totale est de 41 centimètres. Quand il est articulé et serré, sa largeur, d'un côté à l'autre, est de 4 centimètres. Si on le mesure d'avant en arrière, on trouve 4 cent. 1/2 dans sa partie la plus large, près de l'extrémité des cuillers. Son poids total est de 1,200 grammes.

La branche médiane, la plus courte, porte un perforateur quadrangulaire, que l'on fait pénétrer dans le crâne par un mouvement de rotation. Ce perforateur agit comme un alésoir et fait au crâne une ouverture arrondie. Dès que l'extrémité olivaire de ce perforateur a pénétré dans la cavité crânienne, on arrête le mouvement de rotation et l'on pousse doucement cette branche jusqu'à ce que sa pointe soit arrêtée par la résistance de la base du crâne, avec laquelle elle devra rester en contact jusqu'à la fin de l'opération.

La branche gauche, analogue à la branche gauche d'un forceps, est ensuite appliquée comme s'il s'agissait du forceps, et articulée avec la branche médiane.

---

(1) V. *Annales de gynécologie*, numéro de janvier 1884.

Branche médiane et branche gauche sont alors rapprochées par la vis d'écrasement et broient une moitié de la tête. Un petit crochet maintient ces deux branches rapprochées pendant qu'on enlève la vis d'écrasement.

La branche droite, la plus longue de toutes, est ensuite appliquée et articulée comme la branche droite d'un forceps, et la vis d'écrasement, mise de nouveau en place et en action, rapproche cette branche des deux premières.

La tête est ainsi écrasée en deux broiements successifs, moitié par moitié ; puis l'on procède à son extraction.

Le maniement de cet instrument est d'ailleurs analogue à celui du céphalotribe et du cranioclaste ; mais il leur est supérieur et offre, comparativement, de très grands avantages, si je m'en rapporte aux expériences cadavériques que j'ai faites. »

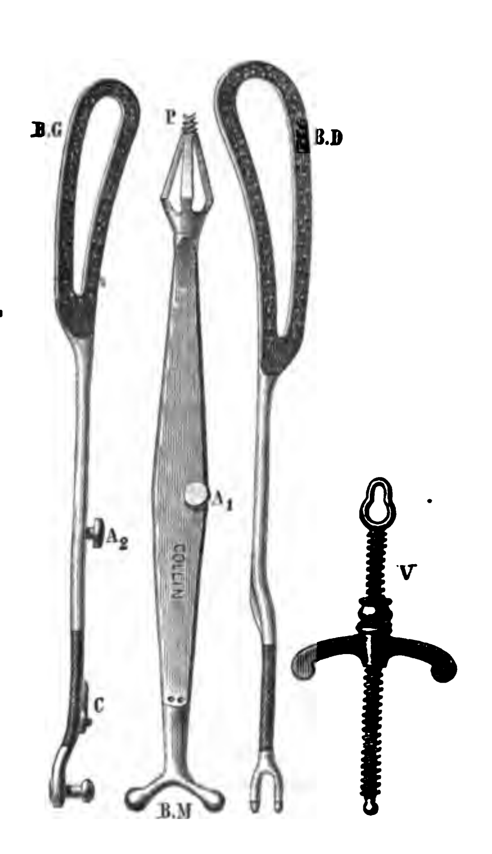


Figure 1. — ***Basiotribe de M. Tarnier.***

B M. Branche médiane.
B G. Branche gauche.
B D. Branche droite.
A. Articulation.
C. Crochet.
P. Perforateur-alésoir.
V. Vis de pression.

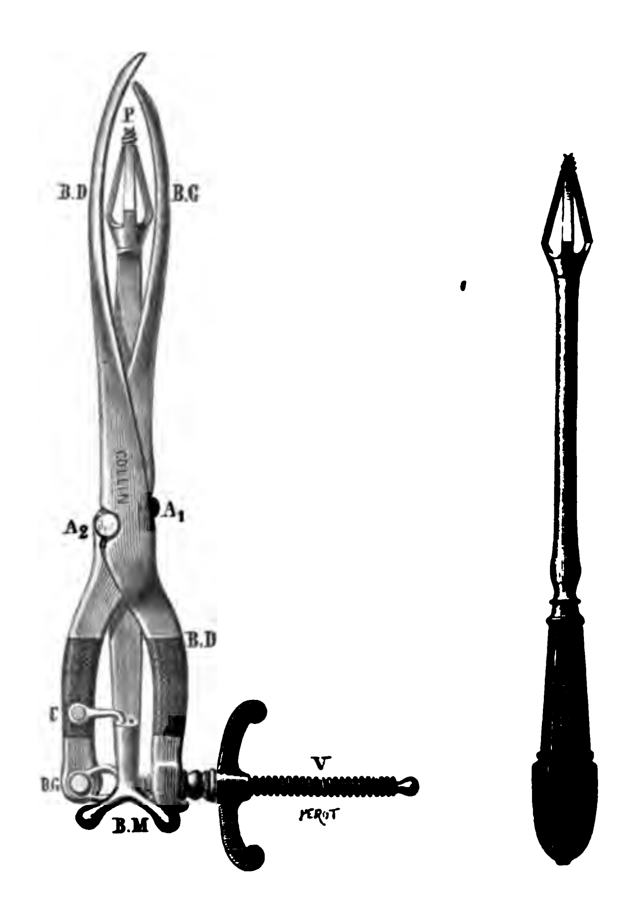


FIGURE 2. — *Basiotribe de M. Tarnier.*

B M. Branche médiane.
B G. Branche gauche.
B D. Branche droite.
A. Articulation.
C. Crochet.
P. Perforateur-alésoir.
V. Vis de pression.

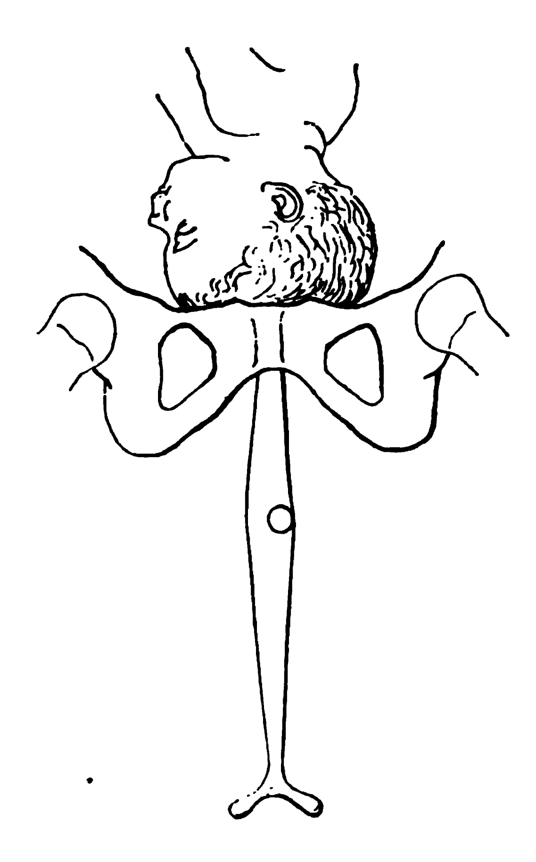


FIGURE 3.

Tête en occipito-iliaque gauche transversale. — Perforateur introduit à travers la voûte du crâne jusqu'à la base.



FIGURE 6.

Destinée à montrer l'action de la branche gauche ou du petit broiement.

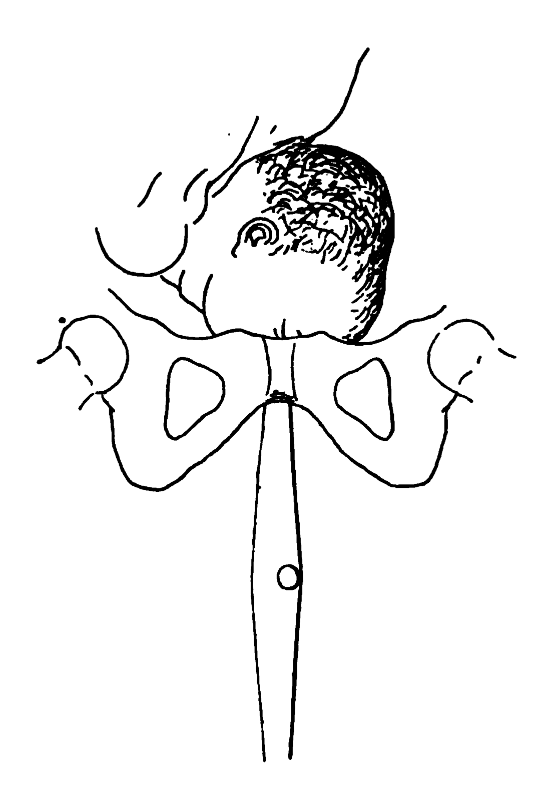


FIGURE 7.

Tête en mento-iliaque droite transversale. — Perforateur introduit jusqu'à la base du crâne.



FIGURE 8.

Destinée à montrer l'action de la branche gauche ou du petit broiement.

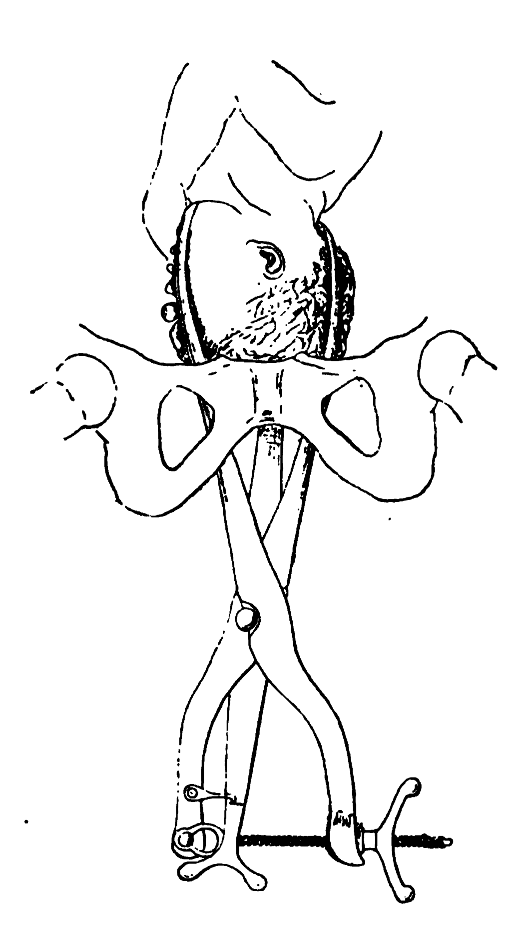


FIGURE 9.

Les deux branches sont appliquées et se rapprochen.



FIGURE 8.

Destinée à montrer l'action de la branche gauche ou du petit broiement.

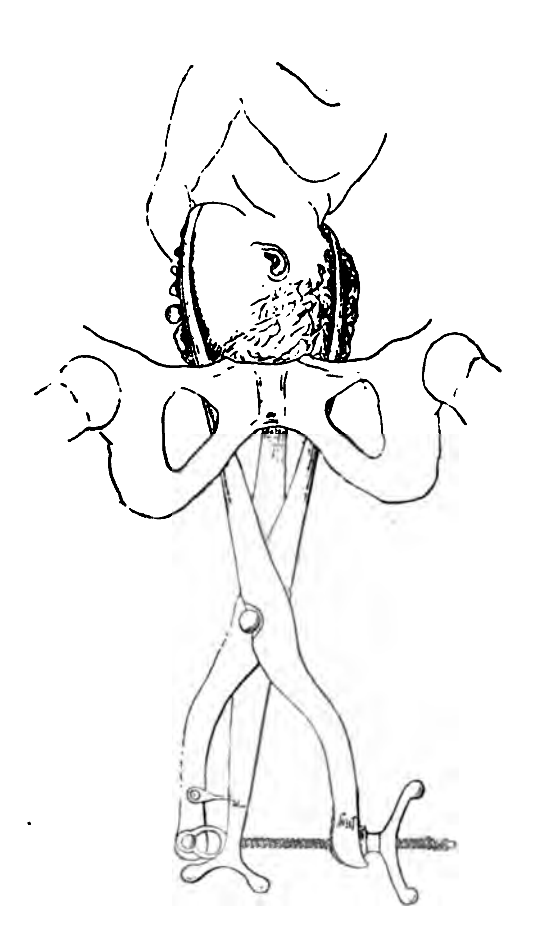


Figure 9.

Les deux branches sont appliquées et se rapprochen.



FIGURE 10.

Résultat obtenu, vue de trois quarts.

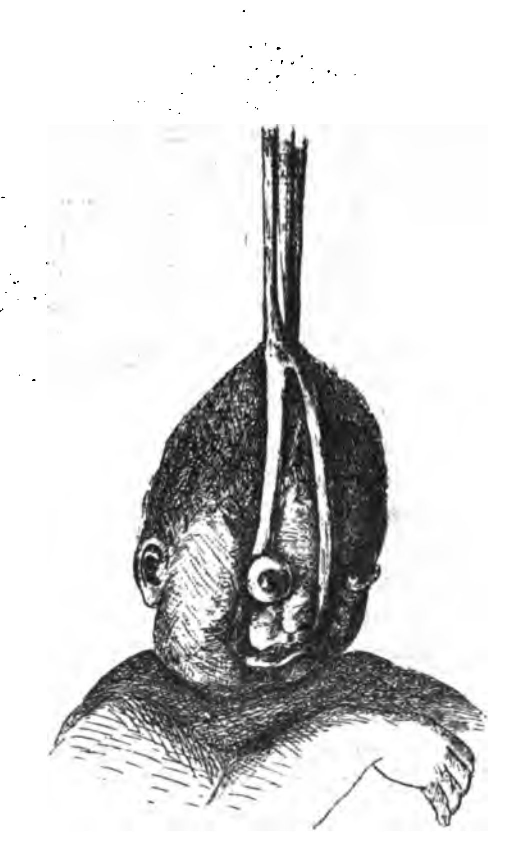


FIGURE 11.

Résultat obtenu, vue de face.

(*A suivre.*)

NOTE SUR DES SYMPTOMES DE PSEUDO-MÉTRITE LIÉS A UNE AFFECTION DU RECTUM (ADÉNOME).

Par le Dr S. Pozzi, professeur agrégé, chirurgien de Lourcine.

Les rapports intimes qui existent entre l'utérus et le rectum, les connexions vasculaires et nerveuses qui les unissent, font aisément comprendre le retentissement d'une maladie d'un de ces organes sur l'autre. Cette *sympathie* véritable, au sens étymologique du mot, n'est pas cependant sans surprendre parfois le clinicien. J'ai présente à la mémoire l'observation d'une jeune femme traitée sans succès par la dilatation forcée de l'anus pour une *sphinctéralgie* rebelle, indépendante de toute fissure anale et que fit disparaître le traitement méthodique d'une ulcération du col utérin.

Inversement, j'ai souvent vu, à Lourcine, des ulcérations de la marge de l'anus ou de la partie inférieure du rectum retentir manifestement sur les organes génitaux internes. On a déjà signalé le vaginisme (1) lié à la fissure anale. Dans la même voie, je suis persuadé qu'il reste à étudier la congestion utérine de cause ano-rectale. Certes, la tâche est difficile, car chez la plupart des malades, à l'hôpital surtout, on peut le plus souvent se demander s'il n'y a pas là deux effets contemporains, liés l'un et l'autre aux excès vénériens. Cependant, dans de nombreux cas, la distinction est possible.

Tel est celui que je vais rapporter. L'apparition des symptômes utérins coïncidant manifestement avec le début du néoplasme rectal et ne pouvant s'expliquer par aucune autre cause ; l'apogée de ces phénomènes de pseudo-métrite placée au moment où l'adénome offre son développement complet et peut être facilement apprécié par le toucher ; enfin l'inutilité complète du traitement institué pour l'utérus, contrastant avec la disparition rapide des accidents après l'opération faite

(1) G. Gillard. *Contribution à l'étude du vaginisme*, thèse de Paris, 1884.

sur le rectum, — voilà, nous semble-t-il, plus qu'il n'en faut pour rendre cette observation tout à fait démonstrative. C'est un exemple indiscutable de *congestion deutéropathique de l'utérus* provoquée pour une affection rectale.

OBSERVATION I (1).

Adénome sessile de la paroi antérieure du rectum chez une femme adulte; phénomènes de pseudo-métrite; opération par l'instrument tranchant; guérison.

Mme V..., de Troyes, est âgée de 38 ans; d'une forte constitution, quoique affaiblie par les pertes sanguines incessantes : un peu d'embonpoint, chairs flasques, muqueuses pâles. Elle a eu cinq enfants. Bonne santé jusqu'en 1871, où elle a eu une fièvre typhoïde. En 1879, elle a souffert de coliques hépatiques qui sont revenues depuis, soit franchement, soit avec la forme gastralgique.

En 1879, elle commence à souffrir, dans les reins et dans le ventre, de douleurs qui sont attribuées par son médecin à de la métrite. Elle vient consulter le professeur Depaul, qui trouve le col gros et congestionné et applique le fer rouge. Pas de soulagement. En 1880, un autre professeur de la Faculté constate, dans une consultation écrite que m'a montrée la malade, « *un engorgement considérable de l'utérus avec catarrhe, qui exigera un traitement de cinq à six semaines par les cautérisations profondes ou intra-utérines, afin de modifier la membrane muqueuse devenue fongueuse* ». Ce traitement est en effet institué et demeure sans effet.

Peu de temps après, aux symptômes de douleur, de pesanteur, etc., attribués à l'état de l'utérus, vient se joindre un phénomène nouveau : des hémorrhagies par l'anus, d'abord rares et peu abondantes (une à deux cuillerées), au moment des selles, de loin en loin, puis plus fréquentes. Il y en avait parfois deux ou trois dans la même journée. Rarement trois jours se passaient sans qu'il en survînt. En même temps, du ténesme et de la leucorrhée anale apparaissaient.

Le même chirurgien qui avait rédigé la consultation citée plus haut est de nouveau appelé (juillet 1880). Cette fois-ci, il touche par

(1) Cette observation a été présentée à la Société de chirurgie jointe à une seconde de polype du rectum chez un homme. Elle est insérée dans les *Bulletins*, 1884, p. 559.

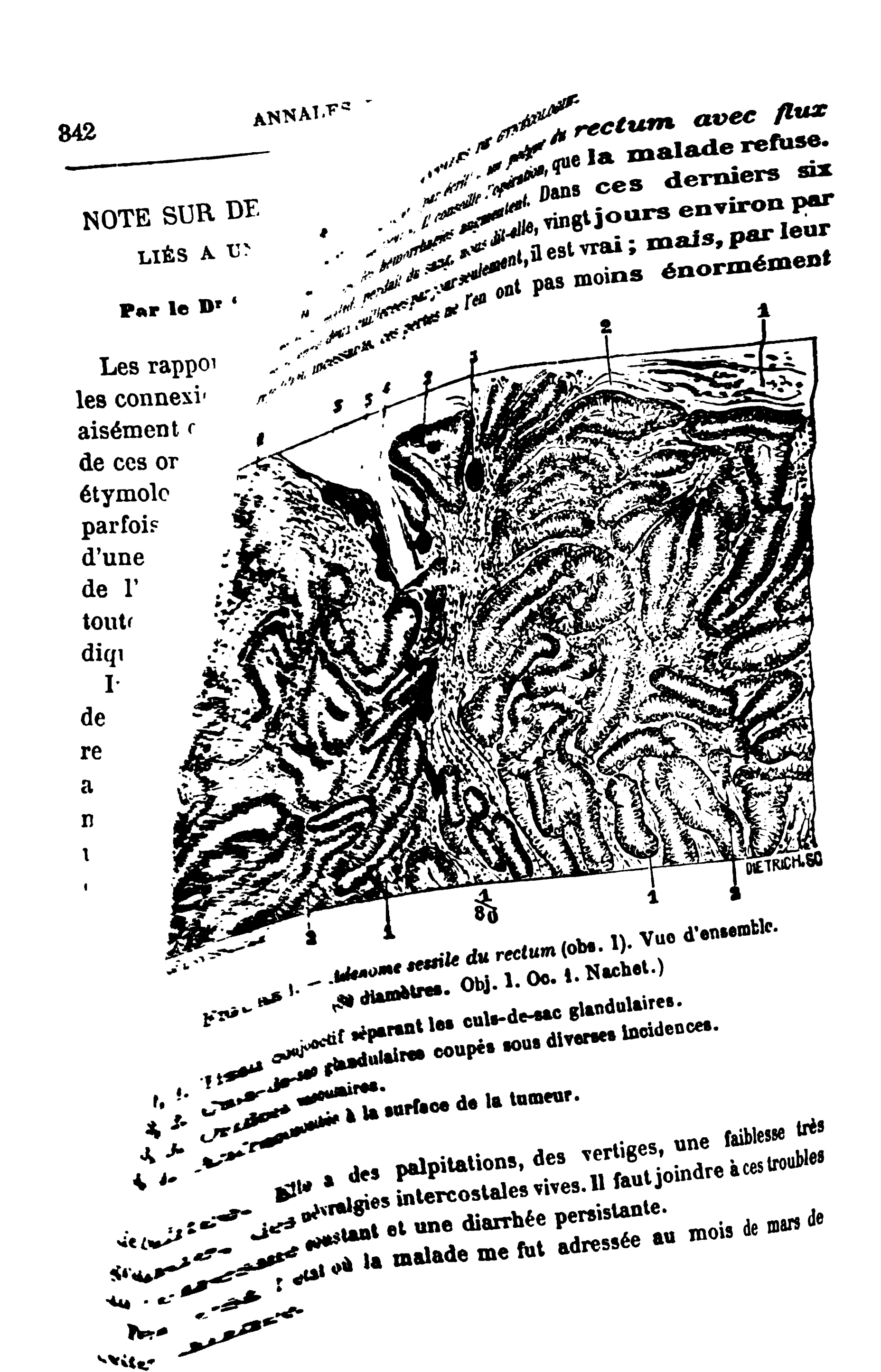
NOTE SUR DE

LIÉS A U

Par le Dr

Les rappo
les connexi
aisément
de ces or
étymolo
parfois
d'une
de l'
tout
diq
I
de
re
a
n

rectum avec flux que **la malade refuse.** Dans **ces derniers six** vingt **jours environ par** il est vrai ; **mais, par leur** l'en ont pas moins **énormément**



Adénome sessile du rectum (obs. I). Vue d'ensemble. diamètres. Obj. 1. Oc. 1. Nachet.)

1, 1. Tissu conjonctif séparant les culs-de-sac glandulaires.
Culs-de-sac glandulaires coupés sous diverses incidences.
vasculaires.
à la surface de la tumeur.

Elle a des palpitations, des vertiges, une faiblesse très névralgies intercostales vives. Il faut joindre à ces troubles constant et une diarrhée persistante. où la malade me fut adressée au mois de mars de

Le toucher rectal me permit de constater sur la face antérieure, à 6 centimètres environ de l'anus, une tumeur sessile, du volume d'une amande verte, molle, quoique un peu élastique, granuleuse, paraissant faire corps avec la muqueuse rectale et être mobile sur la cloison recto-vaginale quand on combinait les touchers par le vagin et par

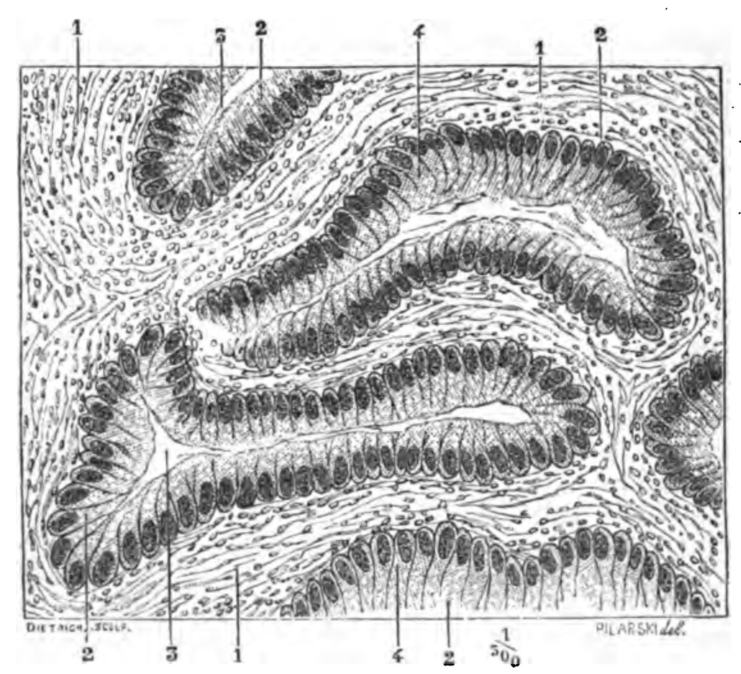


FIG. 2. — *Adénome du rectum.* — Un point de la figure 1, fortement amplifié. (300 diamètres. Obj. 5. Oc. 1. Nachet.)

1, 1. Tissu conjonctif lâche, infiltré de cellules embryonnaires séparant les acini.

2, 2. Acini hypertrophiés et montrant un épithélium tuméfié et en voie de transformation muqueuse.

3, 3. Cavité glandulaire.

4, 4. Épithélium dont le protoplasma est devenu granuleux.

l'intestin. Elle n'offrait ni prolongement ni racine. Un petit spéculum univalve étant introduit dans le rectum et déprimant la paroi postérieure permit de l'examiner facilement : on constata sa couleur rouge foncé, l'absence d'ulcération, l'aspect framboisé et saignant.

L'examen de l'utérus fit trouver le col assez gros, mais sans ulcération ni catarrhe ; tout semblait se borner, en un mot, de ce côté, à des phénomènes congestifs de voisinage.

Opération le 22 *mars*. — Par suite de la facilité très grande que j'avais trouvée à explorer la tumeur en employant un petit spéculum univalve, je résolus d'éclairer largement le champ opératoire en introduisant un spéculum du même genre, mais du plus fort calibre, après dilatation forcée du sphincter. Celle-ci fut donc pratiquée tout d'abord dès que la malade fut endormie. Cette manœuvre donna une laxité si grande à l'orifice, qu'après l'introduction du spéculum (la malade étant dans le décubitus latéral gauche) la tumeur devint parfaitement accessible.

De quel procédé d'exérèse fallait-il faire choix ? La crainte de l'hémorrhagie m'eût poussé à employer de préférence soit le thermocautère, soit l'écraseur linéaire. Mais, d'autre part, le voisinage immédiat du vagin, la nécessité d'une précision très grande dans la dissection pour échapper au risque d'une fistule recto-vaginale, plaidaient en faveur du bistouri. Cette considération me parut prépondérante. J'ajoute que la tumeur était devenue si accessible que je devais me rendre sans peine maître de l'hémorrhagie, si elle se produisait.

Je procédai donc comme suit : maintenant dans le vagin l'index de la main gauche pour apprécier l'épaisseur des tissus divisés, je fis au bistouri une incision comprenant l'épaisseur de la muqueuse rectale, et allant de l'anus à la tumeur, que je cernai ensuite rapidement par une incision circulaire. Une assez notable perte de sang fut immédiatement arrêtée par la compression digitale, puis par l'application de plusieurs pinces à forcipressure. Je substituai alors les ciseaux à avivement au bistouri et je disséquai très vite la tumeur saisie par un aide avec une pince à griffes. J'enlevai ensuite successivement les pinces en liant les vaisseaux de quelque calibre qui donnaient encore. Quatre ligatures seulement furent nécessaires. On peut estimer à un demi-verre à bordeaux la perte totale du sang.

Lavage à la solution d'acide borique ; pansement avec la vaseline boriquée étendue sur une petite boulette de coton hydrophile, sans tamponnement ; opium.

Suite des plus simples : disparition complète du ténesme dès les premiers jours ; il n'a pas reparu une goutte de sang ; aucune fièvre.

L'appétit et les forces reviennent sous l'influence d'un traitement tonique. Les douleurs névralgiques diminuent.

Le 10 mai, la malade partait guérie. Cessation complète de tous les symptômes morbides, y compris les douleurs abdominales et la pesanteur du périnée, attribuées faussement à une affection de l'utérus.

J'ai reçu de ses nouvelles, la guérison ne s'est pas démentie (octobre 1884).

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée a le volume d'une petite amande. Elle est par suite beaucoup moins volumineuse qu'elle ne le paraissait lorsqu'elle était gorgée de sang sur la malade. Elle est aussi beaucoup plus molle qu'elle ne le semblait alors, et a tout à fait perdu la rénitence un peu élastique qu'elle donnait à l'exploration du doigt. J'ai décrit déjà ses autres caractères extérieurs.

Après durcissement, les coupes colorées à l'hématoxyline donnent de très belles préparations où la nature glandulaire du néoplasme apparaît avec une entière évidence.

Les figures ci-dessus me dispenseront, du reste, d'une longue description (fig. 1 et fig. 2).

REVUE DE LA PRESSE

NOUVELLE MÉTHODE D'EXTIRPATION PARTIELLE DE LA MATRICE DANS LE CAS D'AFFECTION CARCINOMATEUSE.

Par le Dr Ely Van de Warker.

SUITE ET FIN (1).

Les observations suivantes serviront à bien mettre en relief les différents points de l'opération.

OBSERVATION I.

Mme B..., veuve, d'Oneida (N.-Y.), âgée de 49 ans, mère de 3 enfants, dont le plus jeune a 25 ans. Menstruée à 13 ans, elle a eu ses der-

(1) V. *Ann. de gyn.*, septembre 1884.

nières règles à 45 ans. Elle me fut présentée pour la première fois en novembre 1882, par son médecin, le Dr Cragin. Six mois auparavant, elle avait été prise d'un écoulement morbide qui s'accompagna de démangeaisons très vives et d'une irritation intense au niveau des grandes lèvres. Elle constata en même temps la diminution de ses forces et la perte de son embonpoint. Durant les deux derniers mois, elle avait eu des pertes sanguines vaginales, parfois très abondantes. Hormis quelques accès de névralgie sacrée, elle n'accusait aucune souffrance. L'examen me permit de constater une masse friable, du volume d'un œuf de poule, insérée sur presque la totalité de la portion vaginale du col, et en avant de laquelle on trouvait néanmoins une partie de cet organe encore intacte. Le néoplasme s'étendait, en bas, à 25 millimètres environ, sur la paroi postérieure du vagin. Je fis connaître aux amis de la malade la nature maligne de l'affection et leur expliquai par quel procédé je me proposais d'en enrayer la marche. La malade ayant consenti à être opérée, elle entra dans mon hôpital et, le 11 novembre, je pratiquai l'opération, assisté des Drs Cragin, Stanton et de Mlle F.-A. Adams, étudiante en médecine. J'enlevai la tumeur jusqu'à la ligne pleine *a* (fig. 1), à l'aide des ciseaux et de la curette. Puis je comblai la perte de substance, avec du coton ferrugineux, que j'enlevai deux jours après pour appliquer du coton caustique chargé de la solution à 1 p. 100. Cette intervention ne détermina que des douleurs insignifiantes qui furent apaisées par une injection unique de dix minimes de la solution de Magendie. Le septième jour qui suivit l'application du caustique, on trouva l'eschare représentée dans la figure 2, libre dans le vagin. Elle était ferme, blanche et *absolument inodore*.

Il semble, au premier abord, à l'examen de la figure 1, que le point C de la paroi postérieure du vagin était particulièrement exposé à une perforation, parce que le travail de la curette avait déjà rendu la région extrêmement mince et qu'en outre l'application du coton caustique la livrait à toute l'activité de l'agent chimique. Rien de semblable ne se produisit et, en réalité, l'eschare ne présentait en cet endroit, que le quart de l'épaisseur qu'elle avait au niveau de l'utérus. D'ailleurs, l'explication de ce fait me paraît fort simple. Les tissus dégénérés de l'épithéliome ne possèdent qu'un très faible degré de vitalité et ne peuvent opposer à l'action du caustique aucune résistance sérieuse. Au contraire, les tissus sains sont doués de qualités de résistance très développées et le travail inflammatoire qu'y détermine la

présence de la substance chimique établit à leur niveau une barrière d'un tissu embryonnaire qui limite cette action. Ainsi l'activité caustique s'arrêtait à ce niveau et s'étendait d'un bout à l'autre de l'utérus. Dans mes premières recherches, j'ai observé que : dans l'emploi du cautère actuel, on perd cet avantage, parce que, les éléments sains et les éléments dégénérés étant détruits sur une même étendue, l'eschare les protège également les uns et les autres. La ligne ponctuée *b* (fig. 1) représente, aussi approximativement que je pus l'indi-

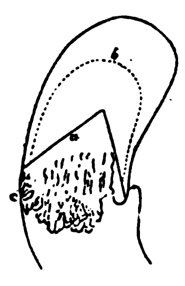




FIGURE 1.



FIGURE 2.

quer à cette époque, la limite de la zone de destruction dans l'utérus. Le volume de l'eschare représentée figure 2 permet au lecteur d'apprécier jusqu'à quel point est juste le tracé de la ligne *b* (fig. 1). La photographie n'a été prise malheureusement qu'après que l'eschare avait déjà séjourné quelque temps, par erreur, dans une solution alcoolique forte, ce qui en avait amené une très forte rétraction. Toute la portion inférieure de celle-ci a été supprimée, et le dessin ne représente que la partie qui correspondait au fond de l'utérus. Si maintenant on compare le volume de l'eschare à celui de l'utérus normal, et si l'on tient compte de la quantité de tissu abrasé dans l'opération préliminaire, il semble logique d'admettre que, dans ce cas, la matrice a dû être en totalité séparée de son enveloppe péritonéale. Et cela s'est fait sans préjudice pour les régions voisines, sans fièvre et sans de grandes souffrances.

Le tissu que nous avons figuré a été, en outre, minutieusement étudié. M. le Dr A.-C. Mercer en a fait plusieurs coupes microscopiques très soignées. La figure 3 en représente une qui a été colorée avec la teinture de campêche et montée dans le baume de Canada. La partie *a* correspond à la surface externe, c'est-à-dire convexe de l'eschare, et la

partie *b* à sa surface interne. Le dessin figure, en conséquence, une section transversale de l'utérus, passant un peu au-dessus de l'orifice interne.

Son étude peut nous aider à comprendre en partie le mode d'action des agents caustiques.

Ils détruisent la vitalité des tissus, mais sans amener leur désintégration. Chaque élément histologique conserve exactement ses rapports, durci et fixé comme si on l'eût préparé, pour des coupes mi-



FIGURE 3.

crographiques, dans une solution d'acide chromique et d'alcool. Le chlorure de zinc a la propriété de pénétrer dans les tissus dégénérés de la même façon qu'un élément histologique jouit de la faculté de prendre une matière colorante à l'exclusion d'une autre. L'agent caustique détruit alors la vitalité de la partie en amenant la coagulation et la solidification de ses principes liquides, grâce à son extrême affinité pour l'eau. Il attaquerait les tissus sains sur une égale étendue et de la même manière si, par le simple contact, il pouvait s'infiltrer aussi aisément. Mais lorsqu'il atteint des éléments normaux, il y provoque un travail inflammatoire assez marqué pour

y créer une ligne de démarcation au niveau de laquelle se fait la séparation des parties saines et nécrosées.

J'ai comparé cette faculté de sélection du chlorure à la double coloration histologique que nous utilisons pour figurer ce processus, mais ce n'est point sans doute l'explication véritable de ce qui se produit dans des tissus vivants, dont l'un est sain tandis que l'autre subit un travail de dégénérescence. Les choses doivent se passer à peu près de la manière suivante : le caustique ne développe au sein des tissus cancéreux qu'une inflammation torpide, sans réaction efficace, comparable, en somme, au travail subaigu et lent qui caractérise l'évolution de la gangrène sénile. Aussi ce processus de destruction ne s'arrête-t-il que lorsqu'il a atteint une région enflammée, susceptible d'opposer à sa marche une barrière faite d'un tissu hypertrophié. Pour le cas qui nous occupe, le dessin (fig. 3) nous montre une ligne de démarcation aussi nette, aussi précise que si on l'eût tracée au couteau. Si nous divisons un carcinome de l'utérus suivant les trois zones de Hart et de Barbour (1), nous trouvons successivement : *une première couche en voie de dégénérescence, une deuxième exclusivement formée de tissu néoplasique intact, une troisième enfin de tissu sain plus ou moins envahi par les éléments anatomiques du carcinome* (carcinome envahissant). L'examen de la figure 3 nous montre comment les choses se sont passées.

D'abord, en *b* (fig. 3), nous sommes au point où a fini l'opération préliminaire et où a commencé l'action du caustique. C'est-à-dire que j'avais abrasé la première zone et que j'étais arrivé jusque dans la deuxième. Quant au caustique, il avait traversé cette dernière, ainsi que la troisième, et avait pénétré jusque dans les éléments normaux sous-jacents, mais à une faible profondeur. Nous voyons, sur la coupe, la deuxième zone avec ses nombreuses cellules embryonnaires et ses rares éléments musculaires et connectifs se terminant presque brusquement en C, où l'on rencontre un commencement de tissu connectif musculaire normal, infiltré çà et là d'éléments cellulaires et se terminant en *a*, dans une structure absolument normale.

Mme B... est aujourd'hui, 18 janvier 1884, en parfaite santé.

L'opération a donc procuré, jusqu'au moment des dernières nouvelles, un répit d'un peu plus d'un an.

---

(1) *Manual of Gynecology*, p. 419.

Observation II.

Mme P..., âgée de 45 ans, a un enfant de 26 ans. Elle a cessé d'être réglée à 44 ans. C'est une personne brune et très excitable. Un an environ avant de m'avoir consulté, elle eut un écoulement considérable d'un liquide brunâtre, et plus tard une hémorrhagie peu abondante. A l'examen, je constatai que l'utérus était absolument immobilisé. Le col était relevé jusqu'à la région utéro-vaginale, et, en pénétrant dans sa cavité, je trouvai une excavation anfractueuse, ayant environ 25 millimètres de diamètre sur un peu plus de profondeur et qui saignait abondamment.

Le 19 février 1884, assisté du Dr Stanton et de Mlle F.-A. Adams, j'enlevai avec les ciseaux les restes de la portion vaginale et je nettoyai la cavité à l'aide d'une forte curette. Les parois étaient excessivement friables et, en peu de temps, je me trouvai en présence d'une perte de substance excessivement profonde. Tandis que je manœuvrais très haut avec la curette, sur la paroi antérieure du col, je remarquai que je me rapprochais d'une manière très dangereuse de la vessie. J'abandonnai alors l'instrument et, ayant introduit une sonde dans cet organe, je me servis de mes ongles pour enlever le tissu. Mais les craintes que je venais d'avoir se réalisèrent. Il s'écoula en effet dans le vagin une petite quantité d'urine sanguinolente. Un peu alarmé, j'arrêtai mon intervention à ce niveau, mais je la continuai d'une façon très complète sur tout le reste de l'excavation. L'utérus fut rempli de coton ferrugineux que j'enlevai le deuxième jour. Dans l'intervalle, je me traçai la conduite que j'aurais à suivre. Comme il me parut évident que, quoi que je pusse faire, je ne pourrais jamais placer la femme dans une condition plus désespérée, je me décidai à recourir à l'emploi du caustique. J'avais l'espoir qu'ainsi le processus de réparation ultérieur amènerait peut-être l'oblitération partielle, sinon complète de la vessie. Je me servis de la solution caustique à 1 p. 100. La malade, personne supportant très mal la douleur et accoutumée à faire largement usage de morphine, ne se plaignit pas plus qu'à l'ordinaire. Le 27, elle eut une hémorrhagie du temps qu'elle était sur la chaise percée. Elle avait voulu absolument se lever. Mais la perte sanguine s'arrêta spontanément. Comme l'urine s'écoulait par le vagin, je plaçai dans la vessie un cathéter à travers lequel s'opéra désormais la miction. Le 14 mars,

sans qu'on eût exercé le moindre effort, il se détacha une eschare « extrêmement volumineuse ». Le travail de cicatrisation se fit très rapidement, et à l'époque où la malade retourna chez elle, vers la fin du mois d'avril, elle émettait, lorsqu'elle était debout, presque toute l'urine par l'urèthre, et quand elle était couchée, elle pouvait la retenir pendant plus d'une heure.

Je la vis dernièrement chez elle, à Jamerville, où elle recevait les soins du Dr Knapp. Le vagin, pâle et mou, se terminait en un petit cul-de-sac. Comme ce cas démontre tout ce que l'on peut attendre de la cautérisation potentielle dans des conditions tellement désespérées qu'assurément aucun autre moyen ne nous permettrait de procurer aux malades le moindre soulagement, il mérite bien qu'on le représente dans ses détails.

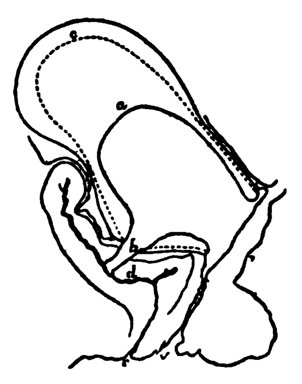


FIGURE 4.

La figure 4 montre l'état des parties après les deux opérations. La ligne pleine *a* marque les limites du travail avec la curette et l'ouverture *b* dans la vessie que l'on voit affaissée en *d*; *e* indique le méat urinaire ; *v*, le vagin affaissé comme la vessie ; *r*, la paroi antérieure du rectum. La ligne ponctuée *c* représente l'étendue de l'excavation après la séparation de l'eschare. Le lecteur pourrait voir là une exagération, mais s'il veut bien se reporter au dessin de cette dernière, il se convaincra que je n'ai pas exagéré les dimensions de la cavité de laquelle elle s'est détachée.

L'eschare (fig. 5) a conservé la forme de l'excavation utérine. Ce serait une très belle pièce, si elle n'avait été endommagée dans sa portion inférieure par le contact de l'urine. Je l'ai ouverte en haut,

et l'on peut voir en A son épaisseur. Le dessin ne donne que l'idée *juste* de la rétraction extrême qui a suivi le travail de réparation. La surface était unie, molle et décolorée. Plusieurs mois avant l'opération, l'alimentation de la malade était devenue très difficile. Elle ressentait des douleurs très intenses dans le ventre et les membres inférieurs, dont elle n'obtenait l'apaisement que par l'usage journalier de doses considérables de morphine. Après l'opération, elle con-



FIGURE 5.

tinua à souffrir, principalement dans le ventre. Sa nutrition ne s'améliora aucunement, bien au contraire, elle fut un peu plus tard compromise par l'apparition de vomissements incoercibles. Mon opérée mourut enfin, véritablement épuisée, vers le milieu du mois de septembre 1883. La maladie ne récidiva pas dans le vagin, mais je suis persuadé qu'elle se propagea à plusieurs des organes abdominaux. J'estime que l'opération a prolongé l'existence de cette femme, qu'elle a été en outre utile en lui permettant la propreté, en supprimant les odeurs fétides et en la sauvegardant, elle et ses amies, de toutes les

misères et de tous les dégoûts qui accompagnent les dernières périodes du cancer de l'utérus.

OBSERVATION III.

Mme W..., 61 ans. Elle a sept enfants, le plus âgé a 38 ans et le plus jeune 20 ans. Pour la première fois, vers la fin de 1882, elle ressentit des douleurs pelviennes et éprouva un sentiment de pesanteur dans le bassin. Elle me fut amenée par son médecin, le Dr A.-K. Hale, d'Adams (Jefferson, county, N.-Y.), et je la reçus dans mon hôpital particulier. Un examen me permit de constater que la portion vaginale était augmentée de volume, mais non indurée. Au niveau des bords de l'orifice externe et à l'extérieur, il existait une masse de tissu friable d'une épaisseur de 9 millimètres environ. Je diagnostiquai une affection maligne, et, le 20 août 1883, aidé de mes assistants ordinaires, et en présence du Dr Hale, j'abrasai d'abord la portion vaginale avec les ciseaux, puis je portai la curette sur la cavité du col et du corps ; mais ce qui avant l'opération m'avait semblé fort simple, me fit alors l'effet d'un cas très sérieux. J'enlevai une portion volumineuse du col avec la curette, et j'allai même un peu au delà de l'orifice interne. Toute la paroi antérieure de la cavité cervicale fut raclée et la curette arriva jusque dans le tissu conjonctif situé entre l'utérus et la vessie. Je comblai la perte de substance avec du coton ferrugineux que j'enlevai le jour suivant ; puis j'appliquai le caustique en me servant de la solution forte pour la partie supérieure de l'excavation et de la solution faible pour la portion perforée du col. Durant le travail de séparation de l'eschare, plusieurs hémorrhagies se produisirent. Elles succédèrent toujours à l'emploi de la douche. A tous les autres points de vue, Mme W... fit une heureuse et rapide convalescence. Le Dr Hale me fait savoir qu'elle jouit toujours d'une santé excellente.

Ces observations mettent bien en relief les points essentiels de ce travail. Elles font voir ce que l'on peut espérer de l'emploi des caustiques portés sur du coton. J'espère que de nouvelles expériences, faites avec ces agents, vont assurer à la chirurgie pelvienne de nouvelles conquêtes. Enfin, je dis, avec assurance, qu'aucune des méthodes entrevues ou tentées jusqu'à ce jour n'est ni aussi complète ni aussi radicale, si ce n'est toutefois l'extirpation totale de la matrice. (*Amer. Journ. of obstetrics*, 1884, p. 225 et seq.).

Dr R. LABUSQUIÈRE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 18 décembre 1883.

Myome intra-utérin enlevé par la laparotomie. — Le Dr J.-B. Hunter raconte le cas suivant : Une femme de 34 ans vient le consulter pour une tumeur que son médecin a déclaré être ovarique; elle s'est aperçue de son existence huit mois auparavant; la tumeur a maintenant atteint le volume d'une tête d'enfant. Elle est trop dure pour être une tumeur ovarique, et trop peu ferme pour être un fibrome. La malade est célibataire; ses règles ont été peu abondantes jusqu'au moment de l'apparition de cette tumeur; dès lors, elle perd davantage, et a même un peu de perte dans l'intervalle des menstrues. Plusieurs chirurgiens de l'hôpital des femmes l'examinent et hésitent entre un fibro-kyste, un fibroïde extra-utérin et une tumeur de l'ovaire.

Le 15 décembre, on fait la laparotomie, et on trouve une grosse tumeur qu'on prend pour un fibrome. On entoure son pédicule d'une ligature élastique, puis on incise; on s'aperçoit alors que cette masse est l'utérus, très développé par l'existence d'une tumeur. On l'énuclée, et on l'extrait par une incision dans le tissu utérin. On place un *clamp* sur l'utérus que l'on enlève, et on ferme la plaie abdominale autour du pédicule.

La tumeur n'a pas encore été examinée. Elle est formée de cavités contenant beaucoup de liquide sanguin, mais pas assez pour produire la fluctuation. L'opérée va bien jusqu'ici.

Le Dr H.-T. Harrison croit que le seul moyen dans ce cas était la laparotomie; toute la question est le traitement du moignon.

Le Dr H. T. Hanks demande si, dans le cas où l'on aurait pu reconnaître la nature de la tumeur, on aurait dû essayer de la traiter par l'ergot.

Le Dr H.-J. Garrigues ne croit pas que l'ergot eût put faire disparaître une tumeur aussi grosse.

Le Dr Hanks présente une **aiguille à trachélorrhaphie.** Elle a l'avan-

tage d'avoir son bord concave arrondi et son bord convexe angulaire, ce qui la rend plus résistante, condition fort utile pour traverser un tissu cicatriciel.

Les Drs Hunter et Bache. — M. E. Emmet croit que l'aiguille qu'ils emploient avec avantage est la même que celle-ci.

Myome cervical compliquant la grossesse. — Le Dr Harrison a vu une femme de 34 ans, mariée depuis onze mois. Pendant les premiers six mois de sa vie menstruelle, l'écoulement a été régulier, puis il devint irrégulier et depuis quelques années, elle souffre de plus en plus d'une douleur lombo-pelvienne et de dysurie. Elle se croit enceinte car elle n'a plus vu depuis deux mois. A l'examen, on trouva un avortement commencé, et une grosse masse dans le vagin, en avant de l'orifice cervical. Le museau de tanche avait la forme d'un croissant, et était repoussé à gauche. On fit l'extraction de l'œuf par expression. Deux mois plus tard, on enleva la tumeur à l'aide de ciseaux et de pinces à griffes. Il y eut une hémorrhagie abondante. Si la grossesse avait été jusqu'à son terme, il est probable que l'extraction du fœtus eût été fort malaisée.

Myome sous-péritonéal enlevé par la laparatomie. — Le Dr Harrison raconte aussi le cas suivant, dont l'intérêt spécial est le diagnostic. Il a vu la malade pour la première fois, il y a dix-huit mois, et n'a découvert, à cette époque, aucun néoplasme. En juin dernier, il a trouvé une grosse tumeur remplissant l'espace de Douglas, empiétant sur le rectum, et repoussant l'utérus contre le pubis. Elle ressemblait à une hématocèle, mais son histoire était différente, et la malade ne souffrait que depuis peu et de douleurs obscures. Puis il lui fut impossible d'uriner; il fallait la sonder. Harrison diagnostiqua une tumeur ovarique, et le développement rapide de la tumeur le décida à opérer promptement. Le Dr Thomas approuva ce diagnostic et cette décision. En fait, la tumeur se trouva être un myome fixé sur la face postérieure de l'utérus, et occupant tout le cul-de-sac de Douglas. Quoiqu'elle ne fut nulle part adhérente, il fut difficile de la déloger du bassin où elle était enclavée, et il fallut rouvrir la plaie abdominale, le lendemain de l'opération, pour fixer le pédicule. L'opérée succomba à la septicémie et à la péritonite.

Le Dr Bache. — M. E. Emmet rappelle un cas analogue au premier cas rapporté par Harrison, dans lequel lui-même et le Dr Peaslee refusè-

rent d'opérer une tumeur d'un grand volume, située en avant du col, au niveau de l'union de la vessie avec l'utérus; ils craignaient de laisser une large cavité, et de faire courir à la malade le risque de la septicémie.

Le Dr Hanks a enlevé un fibrome de la paroi postérieure du col. La douleur et la gêne qu'il occasionnait dépassaient celles que causent les tumeurs utérines pariétales.

Le Dr Polk a vu un cas semblable à celui qu'a rapporté Harrison en second lieu. La malade mourut de dysentérie, avant que l'opération fût décidée. L'autopsie fit voir que les adhérences étaient si étendues, qu'on n'aurait pu les rompre sans déchirer presque tous les viscères pelviens.

Fibroïde utérin, inversion utérine, difficulté du diagnostic. — Le Dr Robert Watts raconte le cas d'une femme qui entra à l'hôpital Roosevelt, se plaignant d'avoir perdu, depuis plusieurs mois, beaucoup de sang à intervalles irréguliers, et d'avoir eu dernièrement de fortes hémorrhagies. A l'examen digital, il trouva une tumeur semblable à un champignon, dont la partie inférieure était arrondie et la supérieure présentait une *épaule* bien distincte. Lorsque la malade put le supporter, on l'éthérisa et on examina complètement par le vagin et par le rectum, ce qui permit de s'assurer que l'utérus était renversé, et portait sur son fond une tumeur. On crut qu'on avait réussi à énucléer la tumeur et on tenta inutilement de faire la réduction. On put alors voir qu'on avait enlevé toute la coque qui recouvrait la tumeur; l'énucléation devint aisée, et la réduction s'effectua sans difficulté.

Le Dr Harrison constate qu'il est difficile de porter un diagnostic dans ces sortes de cas, et de limiter l'opération à la tumeur seule. Spiegelberg s'aperçut une fois, après avoir, à ce qu'il croyait, enlevé une tumeur, qu'il avait amputé le fond de l'utérus.

Le Dr Clément Cleveland croit que cet accident passe pour impossible, quand on se sert de la cuiller-scie.

Le Dr Polk raconte un cas qu'il a vu, il y a quelques années, dans lequel une inversion causée par un fibrome sous-muqueux, n'a été reconnue qu'après la mort. La malade était rachitique et son bassin était déformé. La tumeur vaginale présentait l'apparence exacte d'un utérus renversé et un peu développé, sa surface n'avait aucune irrégularité; tous les efforts de replacement restèrent inutiles. La malade mourut d'épuisement, et l'autopsie seule fit reconnaître l'existence du

fibrome sous-muqueux. Peut-être, mais l'auteur n'en n'est pas certain, l'examen microscopique aurait-il pu servir au diagnostic? (*American Journ. of Obst.*, 1884, p. 750).

Opération de Porro. — Le Dr Fancourt Barnes vient de faire au *British Lying in Hospital*, une opération de Porro, qui a sauvé la vie à l'enfant. La malade, âgée de 28 ans, était parvenue au terme de sa première grossesse. Lorsque, à 10 heures du soir, elle entra à l'hôpital, elle était en travail depuis deux jours et demi; les eaux s'étaient écoulées depuis 40 heures. L'accouchement par les voies naturelles était rendu impossible par la présence d'une tumeur pelvienne.

Barnes fit l'incision utérine *in situ*, et l'extraction du fœtus et du placenta; puis il appliqua le serre-nœud de Kœberlé autour du col, au-dessous des ovaires.

L'opération ne dura qu'une demi-heure. Tout alla bien jusqu'au quatrième jour; la température s'éleva, et l'opérée succomba le cinquième jour à la septicémie.

A l'autopsie, Barnes trouva une tumeur dermoïde, contenant des cheveux, des dents et de la matière sébacée.

A. Cordes.

Le Dr Guarrigues cite un cas d'**avortement retardé, associé à une sclérose du placenta.** Il s'agissait d'une femme qui, vers le quatrième mois de la grossesse, eut, pendant plusieurs jours, des pertes sanguines. Ces hémorrhagies cédèrent sous l'influence d'un traitement peu actif. Mais les mouvements de l'enfant et les battements du cœur ne furent plus constatés. Au terme normal de la gestation, la femme accoucha, en bloc, d'un fœtus mort et du placenta. C'était un enfant du sexe féminin, arrivé environ au quatrième mois. Le placenta avait subi un processus de sclérose, apparemment de nature syphilitique. Le Dr Guarrigues entre dans quelques considérations sur les modifications (*putréfaction* et *momification*) que peut subir le fœtus dans la matrice, sur les phénomènes liés à ces modifications et sur la conduite à tenir dans ces éventualités diverses.

C. Lee lit deux observations d'**oophorectomie** pratiquées par le Dr Dawson. Dans l'un des cas, pour faire cesser des douleurs violentes et des troubles généraux déterminés par une hydro-salpingite; dans l'autre, pour combattre des désordres psychiques qui semblaient liés à

un état pathologique des ovaires. Cette communication provoque une longue discussion dont les points principaux sont les suivants : difficulté du diagnostic de l'hydro-salpingite, opportunité dans les cas obscurs de la laparotomie exploratrice, relations qui existent entre les lésions ovariques et les désordres mentaux.

Le Dr A. Rodenstein relate cinq cas dans lesquels il dut à l'emploi des injections intra-utérines phéniquées la cessation d'accidents déjà très graves de septicémie puerpérale. Il déclare, en outre, qu'il résulte de son observation personnelle, qu'en de semblables complications, *la matrice reste relâchée et l'orifice cervical béant*, contrairement à ce qui arrive dans les accidents d'origine paludique. Dans ces cas, en effet, l'utérus est dur, contracté, et l'orifice parfaitement fermé.

Le Dr Chamberlin déclare qu'il partage l'opinion de Rodenstein. Récemment encore il observait chez une de ses clientes nouvellement accouchée, une série d'accidents qui auraient pu faire croire à une intoxication puerpérale. Mais, l'état de contraction de l'utérus et l'occlusion parfaite du col lui firent rejeter cette hypothèse. L'évolution de la maladie lui donna d'ailleurs parfaitement raison. C'est, du reste, la notion de l'état de béance du col dans les accidents puerpéraux qui le décidèrent à préconiser le tube, à grand diamètre, qu'il a imaginé pour les injections intra-utérines.

Le Dr Guarrigues, reconnaît entièrement l'efficacité des injections intra-utérines comme moyen curatif et préventif des phénomènes liés à l'infection puerpérale. Mais il résulte de sa pratique personnelle, en harmonie d'ailleurs avec celle des médecins qui jouissent de la plus grande autorité en obstétrique, que les solutions au bichlorure de mercure, sont de beaucoup supérieures aux solutions phéniquées.

(*Séance du* 5 *février* 1884).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Playfair relate deux observations d'accidents très sérieux, développés durant la période des suites de couches, mais qui aboutirent néanmoins à une terminaison heureuse. Il ne peut expliquer les symptômes observés que par une thrombose de l'artère pulmonaire et l'absorption spontanée des caillots formés. Suivant lui, on n'a pas assez

fait ressortir la possibilité de la guérison, en dépit des complications de cette nature.

Le D[r] GALALIN croit que Playfair accorde au processus de la thrombose, une importance exagérée. Dans l'un des cas communiqués, c'est sans noute un caillot situé dans l'oreillette droite qui a été le point de départ de l'embolie pulmonaire.

Les D[rs] BARNES et WILTSHIRE rappellent des faits qui démontrent la possibilité de la guérison dans les circonstances indiquées par Playfair. Wiltshire pense, néanmoins, que, dans l'une des observations, ce dernier a pris pour une thrombose pulmonaire une endocardite ulcéreuse.

PLAYFAIR répond que les caillots se développent peu de jours après l'accouchement, et que l'embolie ne peut survenir que deux ou trois semaines après, délai nécessaire au ramollissement et à la désintégration des caillots. En outre, il ne s'explique pas pourquoi, si, dans l'un des cas, il s'est agi d'une endocardite ulcéreuse, le bruit de souffle a persisté aussi longtemps que le caillot.

MATHEWS DUNCAN pense que les révolutions fœtales, considérées comme phénomènes distincts de la rotation de la tète ont été, dans leurs rapports avec le mécanisme de la délivrance, beaucoup trop négligées. Il fait ressortir les difficultés que crée la courbure spéciale de la filière pelvienne, plus analogue à une parabole qu'à une circonférence (cercle de Carus). Il montre que certains mécanismes, tels que le dégagement de la tête, le mouvement de flexion, d'extension, sont imparfaitement décrits et en partie méconnus, parce qu'on ne les envisage pas comme phénomènes connexes de la révolution fœtale. Il décrit ensuite les différentes variétés de ces révolutions, suivant les présentations et les conditions diverses du fœtus.

Le D[r] GALALIN reproche à Duncan d'avoir cherché à donner à sa description un caractère trop mathématique; d'ailleurs, bien que possédant un certain degré de malléabilité, le fœtus évolue d'après les lois qui régissent les corps rigides.

Le D[r] CHAMPNEYS remarque qu'il importe beaucoup, au point de vue pratique, de connaître les processus mécaniques de la délivrance, par exemple, celui du dégagement de la tête. Il faut en effet se rappeler que celle-ci *s'étend* et *avance* à la fois. Si l'on pratiquait artificiellement l'extension, sans déterminer simultanément le mouvement de progression, l'extrémité céphalique se présenterait suivant la circonférence occipito-frontale, et non suivant la circonférence S.O. frontale,

qui est plus petite, d'où distension de la vulve, du périnée, déchirures, etc., etc Si l'on étudie attentivement les modifications morphologiques subies par le fœtus, il est impossible de le comparer à un corps, formé exclusivement de leviers rigides.

On lit un rapport sur les pièces relatives au mécanisme du spondylolisthésis, mis en lumière par le Dr Neugebauer. Les conclusions de ce rapport sont favorables à la théorie du glissement vertébral, émise par ce savant, touchant la production du spondylolisthésis. La moitié antérieure des vertèbres (spécialement la cinquième lombaire), s'écarte de la moitié postérieure, par suite d'une faiblesse ou d'une fracture congénitale. Mais l'action du poids de la partie supérieure du corps est nécessaire à la production de la déformation. Neugebauher a fait remarquer que le professeur Lambel a retiré sa théorie de l'hydrorrhachis comme facteur pathogénique du spondylolisthésis.

On donne ensuite lecture de plusieurs communications : **fibro-myome kystique de l'utérus, septicémie; — Note sur un état spécial du cordon ombilical chez un nouveau-né ; — Involution utérine après l'accouchement, dans un cas d'absence des ovaires ; — extensions et rétroflexions fœtales durant la grossesse.**

(*Séance du 4 juin* 1884.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE.

Le Dr Beates relate l'histoire clinique d'une femme qui, depuis plusieurs années, portait un **kyste abdominal**. Les accidents multiples que détermina le développement de la masse kystique nécessitèrent une première ponction. Elle donna issue à quatorze litres environ d'un liquide brunâtre, grumeux, neutre aux réactifs et dans lequel l'examen microscopique révéla des globules rouges du sang, des leucocytes, des éléments épithéliaux parvenus à des degrés divers de dégénérescence (corpuscules de Bennett, de Nunn, de Gluge), des cristaux de cholestérine, des débris amorphes, enfin *les cellules ovariques de Drysdale.* On songea à pratiquer la laparotomie. Mais la constatation d'un épaississement, d'une induration très marquée de la paroi kystique au niveau de la région sous-hépatique, ayant attiré l'attention sur la dégénérescence probable de la tumeur ou sur la

coïncidence d'un carcinome du foie, firent renoncer à une pareille intervention. La malade finit par succomber après avoir subi quatre fois la ponction.

A l'autopsie, on constata une tumeur kystique, pourvue d'une enveloppe membraneuse, uniloculaire, à paroi d'épaisseur variable, très épaisse surtout dans la partie qui occupait les régions sous-hépatique et lombaire. Elle offrait les caractères des *Leiomyômes utérins.* Quant aux ovaires, celui de droite paraissait normal, celui de gauche en voie d'atrophie.

Le Dr Beates conclut de cette observation que *si les corpuscules de Drysdale conservent toujours une valeur considérable dans le diagnostic des tumeurs de l'ovaire, ils n'ont pas cependant l'importance d'un signe pathognomonique.*

Drysdale regrette qu'on ne lui ait pas procuré un échantillon du liquide obtenu par les ponctions. Sans doute, il tient grand compte de la compétence de celui qui l'a examiné, mais les erreurs sont faciles. D'ailleurs, rien ne prouve l'origine utérine de la tumeur. On a eu tort de ne pas parler de la coloration de celle-ci. On sait, en effet, que les cysto-fibromes utérins sont livides, pourpres, tandis que les kystes ovariens sont blancs et brillants.

Il cite plusieurs observations qui prouvent combien est important l'examen du liquide, quels grands services rend la détermination de sa nature et particulièrement la constatation des *corpuscules en question.* Il répond à M. Baër que, d'après lui, la présence de ces corpuscules témoigne, d'une façon caractéristique, de l'origine ovarienne de la tumeur. Cependant, ajoute-t-il, on peut encore les découvrir dans le liquide des kystes rénaux.

Le Dr Baer montre à ses collègues un *échantillon de muqueuse utérine hypertrophiée.* Il lui a été fourni par une femme qui depuis assez longtemps éprouvait des douleurs intenses au niveau de la région ovarique gauche et qui, de là, irradiaient dans les aines, les cuisses, tout le côté gauche et jusqu'au sommet de la tête. En outre, la menstruation était devenue douloureuse, irrégulière et l'état général mauvais. A l'examen, il trouva le col de l'utérus au voisinage de l'entrée du vagin. Il était quelque peu allongé et conique. L'orifice était béant et le corps de la matrice très hypertrophié et rétrofléchi. L'ovaire gauche prolabé était très douloureux à la pression. Le Dr Baër, après avoir fait le cathétérisme utérin, qui indiqua une augmentation notable de la cavité utérine, dilata le col à l'aide d'un dila-

tateur d'Ellinger, récura très soigneusement la muqueuse, en abrasa une grande portion qui était hypertrophiée, et cautérisa avec l'acide nitrique. Depuis lors, tous les troubles ont disparu, l'état général s'est vite relevé ; l'hémorrhagie et les douleurs ont complètement cessé.

Les Drs H. Parish et Beates signalent des faits analogues. Mais ils ont observé que les bons résultats fournis par l'intervention ne sont malheureusement que transitoires. On peut également se demander si ces productions, bénignes dès le principe, ne peuvent pas, dans la suite, affecter un caractère de malignité. Cette opinion a été exprimée par Goodell. Le Dr Parish a été peu à peu conduit à s'y rallier.

Le Dr Baer exprime un avis semblable. (*Séance du* 1er mai 1884.)

Pyo-salpingite et hydro-salpingite. — Le Dr Goodell communique les observations de deux femmes chez lesquelles il pratiqua l'ablation des ovaires. Dans le premier cas, il avait trouvé à l'ouverture de l'abdomen la matrice parsemée de nombreuses nodosités fibreuses, dont l'une, située sur la partie postérieure, avait le volume d'un petit œuf. Intimement uni à l'utérus, au fascia pelvien et aux intestins, existait un kyste, à parois épaisses, de l'ovaire gauche. L'oviducte correspondant, très épaissi, était fortement dilaté. Ovaire et trompe étaient remplis d'un liquide brunâtre et purulent, sans qu'il y eut aucune communication entre les deux organes. Le point le plus déclive de la tumeur ovarique était fortement aminci et aurait sûrement cédé dans un délai très voisin. La multiplicité des tumeurs au niveau de la matrice, décidèrent le Dr Goodell à enlever également l'ovaire droit. L'opérée, du reste, guérit sans présenter la moindre complication.

Dans le second cas, les ovaires, très augmentés de volume, étaient le siège d'une dégénérescence folliculaire très avancée. En outre, sur l'une des trompes existait une fine vésicule, dont le diamètre dépassait deux centimètres et demi. Plusieurs fois déjà, le Dr Goodell dit qu'il a eu affaire à des kystes rétro-utérins peu volumineux qui se rupturaient, soit spontanément, soit sous la pression produite par le simple examen vaginal. Se fondant sur des faits de cette nature, il a, de propos délibéré, et tout récemment, écrasé de ces productions kystiques à l'aide de la compression bi-manuelle. Les kystes vidés se remplissent à nouveau dans certains cas. Ceux de l'ovaire d'ailleurs, contrairement aux tumeurs dermoïdes souvent stationnaires, ont une tendance à se développer assez rapidement.

Hystérectomie. — Le Dr GOODELL communique l'observation d'une femme chez laquelle il fit, pour faire cesser des pertes sanguines abondantes, l'extirpation totale de l'utérus. La matrice était le siège de fibromes très nombreux. dont l'un plus gros que les deux poings. En outre, le développement des tumeurs avait déterminé des poussées de péritonite, et consécutivement des adhérences nombreuses et l'immobilisation de l'utérus. Les ovaires, par suite, demeurèrent inaccessibles au moment de l'opération, sans quoi le Dr Goodell eût pratiqué de préférence l'ovariotomie double. L'opérée, du reste, se rétablit très promptement et la température ne s'éleva même pas à 38°.

TAYLOR cite un cas d'insertion vicieuse partielle du placenta. Il eut recours au tamponnement pour arrêter l'hémorrhagie considérable qui se produisisit peu après la rupture de la poche des eaux. L'accouchement se fit d'ailleurs d'une façon très heureuse. Une heure environ après l'application du tampon, la progression de la tête fœtale avait en partie expulsé ce dernier. En retirant ce qui restait des bourdonnets, le Dr Taylor put constater que le fœtus se présentait par l'extrémité céphalique, et que la compression exercée par celle-ci s'opposait efficacement à la continuation de l'hémorrhagie. L'enfant vint au monde parfaitement vivant et poussant des cris vigoureux, en dépit de la perte sanguine, qui avait été considérable.

A.-H. SMITH pense que dans ce cas, l'insertion vicieuse étant partielle, le meilleur mode d'intervention eût été la rupture des membranes et l'abaissement de la tête fœtale. Il considère que, dans tous les cas, il importe beaucoup de se rendre tout de suite compte de la position de l'enfant, afin d'être absolument prêt à opérer la version, si cette manœuvre devient nécessaire. Quant au tamponnement, il estime qu'il est plus sage de n'y avoir point recours. Le Dr Goodell a, en effet, parfaitement indiqué que le tampon peut cacher l'hémorrhagie, mais sans toujours l'arrêter. Aussi, quand on use de ce moyen, le médecin doit-il toujours surveiller soigneusement sa cliente, interroger très attentivement le caractère du pouls et observer les changements de volume du ventre et de l'utérus.

GOODELL se rallie à l'opinion émise par Smith au sujet du mode d'intervention dans les cas d'insertion vicieuse partielle, savoir : *Rupture des membranes et abaissement de la tête fœtale.* Mais il faut bien se rappeler que la présence du placenta au niveau du segment inférieur de la matrice, augmente la vascularité et diminue la résistance des tissus de la région. Or, les lésions des parois cervicales et utérines,

en facilitant l'absorption des principes constitutifs de l'écoulement lochial, crée des dangers très grands de septicémie. Dans les cas d'insertion vicieuse partielle, on peut sans doute pratiquer le tamponnement, mais en observant les précautions rappelées par Smith : surveiller attentivement le pouls, etc. Il recommande également la méthode de Elwood Wilson, qui lui a donné plusieurs succès : *Dilatation manuelle et progressive de l'orifice*, quand la dilatation est suffisante, donner de l'ergot et pratiquer la version. Dans les cas d'avortement à deux ou trois mois, le tamponnement est toujours efficace, parce que le volume de la matrice est incompatible avec la production d'une hémorrhagie fatale.

(*Séance du* 6 juin 1884.)

ASSOCIATION MÉDICALE DE LA GRANDE-BRETAGNE.

52e RÉUNION ANNUELLE, BELFAST, 29 JUILLET — 2 AOUT 1884 (1).

(*Suite.*)

La dysménorrhée dite par obstruction, par le Mister BURTON (de Liverpool). — Le Dr Graily Hewitt peut être considéré comme le père de la théorie qui attribue la dysménorrhée à une obstruction. Pour lui, il faut regarder la dysménorrhée comme un symptôme indiquant presque toujours un obstacle à l'écoulement du liquide menstruel. Il ajoute que l'obstacle siège le plus souvent au niveau de l'orifice interne du col, et qu'il est constitué fréquemment par une flexion de l'utérus. « Lorsque l'utérus est très mou, la sonde redresse le point fléchi en passant. » Quelques pages plus loin (p. 485 de son ouvrage *Diseases of Women*), il donne des figures montrant comment la flexion ferme le canal utérin : « La douleur, dit-il, qui accompagne une menstruation difficile, est liée à l'existence d'un obstacle à l'écoulement du liquide ; elle paraît due, en partie, à la distension de la cavité utérine, qui cause une compression, une tension et une congestion du corps de l'organe ; elle est semblable aux *douleurs* de

---

(1) Voy. *Annales de gynécologie*, sept. 1884, p. 233, résumée d'après le *British med. Journ.*, 1884, t. II, p. 607.

l'accouchement. Le corps de l'utérus se contracte, l'orifice interne doit se dilater pour donner passage au liquide, aux caillots ou aux débris... »

Le Dr Goodell semble partager les idées de Hewitt, il recommande la dilatation rapide du col avec des instruments, puis il ajoute : « Après une dilatation violente, le canal ne reprend pas, en général, la forme anguleuse qu'il avait ; le col se raccourcit et s'élargit, et le plasma s'épanche par les parties dilatées et sert à épaissir et à durcir son tissu. »

Le Dr Matthews Duncan rejette cette théorie, en s'appuyant sur les recherches du Dr Herman, qui ont porté sur 110 femmes ; 43 dont l'utérus était droit, avaient des douleurs fortes ou très fortes. Sur 14, qui présentaient une légère antéflexion, 5 avaient de même des douleurs fortes ou très fortes. Sur 30, qui avaient une flexion à angle droit, 9 étaient affectées de même ; de même encore pour 23 femmes qui présentaient une flexion à angle aigu. Dans les deux premières classes de cas, 29 p. 100 étaient malades, dans les deux dernières 30 p. 100.

Le même observateur a prouvé, par des préparations anatomiques, qu'aucun degré de flexion n'obture le canal. Pour Matthews Duncan, la dysménorrhée est spasmodique. Il la traite par les bougies graduées.

Burton ayant voulu se former une opinion personnelle, a examiné 6 femmes pendant le paroxysme de la douleur, à l'hôpital des femmes de Liverpool, et a trouvé toute autre chose que ce qu'il attendait. Il n'a constaté aucun rétrécissement, aucun spasme à ce moment. Dans tous les cas, le spasme qui existait souvent un jour ou deux avant les règles et qui rendait le passage de la sonde malaisé ou impossible, avait complètement disparu ; le canal était plus large qu'à aucun autre moment, il se redressait. Sans doute, dit l'auteur, les cas qu'il a pu examiner sont peu nombreux, mais la constance de l'élargissement du canal ne lui permet pas d'adopter la théorie mécanique de la dysménorrhée.

Mais alors, comment la dilatation produit-elle du soulagement ? L'auteur croit que la congestion suffit pour expliquer la douleur causée par la compression des nerfs, et chacun sait que l'élongation des nerfs douloureux est utile dans les névralgies de sièges divers. Burton conclut que la dilatation n'est pas nécessaire. Il a foi dans la dérivation produite par des vésicatoires ou par l'iode appliqués sur le sa-

crum. Il conseille aussi les tampons de glycérine et d'alcool, les sangsues, les scarifications et les injections d'eau très chaude ; ces agents lui ont donné de bons résultats.

Le Dr Atthill (de Dublin), ne croit pas à la théorie de l'obstruction, mais il pense que les flexions sont souvent une cause prédisposante de la dysménorrhée, en ce qu'elles favorisent l'endométrite chronique. Ne trouvant pas suffisante la dilatation seule, il recommande la section du col, suivie du traitement de la muqueuse malade.

Le Dr Kidd (de Dublin), croit que l'obstruction est souvent l'origine de la dysménorrhée ; mais la douleur peut tenir à bien d'autres causes ; le traitement ne doit donc pas être uniforme. Toutes les maladies de la muqueuse peuvent produire la dysménorrhée, ainsi que quelques maladies des ovaires, du systéme nerveux, et les diathèses.

Le Dr C. Godson est arrivé depuis longtemps à conclure que l'obstruction n'est pas une cause de dysménorrhée. Il a mentionné le fait que la sonde ne rencontre pas d'obstacle au moment du paroxysme douloureux, devant la Société obstétricale de Londres (1). Il a vu des orifices minuscules dans des cas où la menstruation n'était pas douloureuse, et des antéflexions aiguës ne donnant naissance à aucun symptôme.

M. Burton dit, en terminant, qu'il a limité son étude à celle de la dysménorrhée appelée obstruction spasmodique. Il est heureux de voir que le président (C. Godson) ne croit pas à ces sortes de dysménorrhée. Il croit, comme le Dr Atthill, que la dilatation peut n'avoir aucun effet temporaire. Il regrette de ne pouvoir s'accorder avec le Dr Kidd, qui paraît déduire son diagnostic des résultats du traitement. (A. Cordes.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON.

Soins à la femme en couches. — Le Dr Busey, président, ouvre la discussion. Pour lui, la période puerpérale commence après la délivrance et finit avec la quatrième semaine. Devons-nous, en étudiant la conduite à tenir pendant le *puerpérisme*, ne parler que de la mère, ou nous occuper aussi de l'enfant ? L'orateur ne fera qu'indiquer sa conduite habituelle et la manière de soigner la femme pendant cette

(1) *Obstetrical Transactions*, vol. XXIII, p. 277. (A. C.)

période de régression et de développement, les moyens de la préserver des complications, de la protéger contre les accidents, et de favoriser, autant que possible, les processus naturels. Des soins attentifs peuvent triompher, si ce n'est de toutes, au moins d'un grand nombre des difficultés qui peuvent survenir après un travail naturel. Il faut se souvenir des conditions existantes dans la grossesse, s'assurer si l'hygiène a été bonne, se rappeler l'influence de l'âge, s'occuper de l'appétit de l'accouchée, de l'état des intestins, de son alimentation, s'assurer que la peau, les poumons, les reins, tous les organes, en un mot, fonctionnent normalement. L'accouchée est-elle primipare? l'accouchement a-t-il été naturel?

Après la délivrance, si l'utérus est bien rétracté, la première chose à faire est de mettre le bandage. Le bandage conserve les formes, fixe la matrice, maintient la pression et s'oppose à la réplétion des vaisseaux abdominaux. « C'est un remède qui protège la femme contre des complications sérieuses ». Busey l'emploie toujours.

Puis il faut nettoyer l'accouchée, changer les draps, la literie même, si elle est salie ; faire de la propreté, c'est-à-dire de l'antisepsie. Busey laisse généralement une dose d'extrait d'ergot à la garde, avec ses instructions. Il fait mettre la femme au lit et la laisse dormir. Il fait donner le sein lorsque la mère est reposée, et lui donner du bouillon pendant les premières heures. Avant de se retirer, il tâte le pouls et presse sur l'utérus ; cette manœuvre est douloureuse, mais elle évite les tranchées ; si elles viennent quand même, il laisse une ordonnance pour les soulager. Tout cela prend une heure ou une heure et demie ; Busey ne quitte pas son accouchée avant ce laps de temps écoulé.

La prochaine visite se fait, suivant l'heure de la délivrance, le même jour ou le lendemain. Elle est consacrée à l'examen soigneux de la température, du pouls, de la langue, de la vessie, de l'utérus, de la perte (quantité et qualité), Busey se fait présenter les linges souillés. Il s'assure, *de visu*, de la quantité de l'urine rendue : les gardes nous trompent souvent en nous affirmant qu'il y en a beaucoup, alors qu'il n'y a eu que quelques gouttes. Dans un cas où il a été appelé en consultation, le médecin traitant affirmait que l'accouchée avait uriné abondamment, Busey retira beaucoup plus d'un litre d'urine. Il fait, si tout va à souhait, faire des injections phéniquées chaudes au centième, et donne à ce sujet des instructions à la garde. Puisqu'il fait mettre l'enfant au sein, il a dû s'occuper des mamelons

avant l'accouchement. L'enfant ne doit avoir aucune nourriture artificielle pendant deux jours. S'il a soif, on lui donne de l'eau. Il ne permet pas qu'on lui fasse prendre de l'huile d'oie ou de l'huile douce.

La mère doit avoir une bonne nourriture liquide; pas de thé et de rôties; des œufs, des rôties molles, jusqu'à la première selle, qui se produit ordinairement le troisième jour. Aussitôt après, l'accouchée peut prendre la nourriture solide : côtelettes, viande, poisson, huîtres, etc., mais pas d'acides ni de substances fermentescibles. Une bonne nourriture, dès après la délivrance, favorise l'évacuation alvine.

Il n'est question que d'un cas normal en ce moment; on continue ainsi jusqu'au neuvième jour; l'accouchée ne se lève, en général, pas avant.

Ces neuf jours de lit sont dans les habitudes de Hodge et de Warrington; Busey, après avoir essayé de faire autrement, a dû en revenir à cette pratique. Plus l'accouchée reste au lit pendant le mois puerpéral, meilleures sont les relevailles; pendant ce temps, la régression se fait. Les injections intra-utérines ne sont faites que pour des indications particulières, mais il faut faire des injections vaginales pendant une semaine ou davantage.

Pour obtenir une selle quotidienne, il faut quelquefois des remèdes, mais le plus souvent des lavements chauds suffisent. Busey s'attend à un petit mouvement fébrile entre la fin du deuxième jour et le quatrième.

Il peut se produire un léger frisson, qui est plus fréquent chez les primipares; c'est ce qui rend si important l'emploi du thermomètre pour nous assurer s'il s'agit d'une simple fièvre de lait. Si les seins sont douloureux, si l'enfant refuse de teter, si la mère ne peut supporter la tetée, on peut exprimer le lait; mais il vaut mieux le faire teter à la garde. Un tampon, saturé d'une solution saturnée et d'opium, est souvent fort utile si la douleur et l'engorgement sont limités; le meilleur remède consiste dans l'application de compresses d'eau chaude, mais il faut surtout vider les seins. Busey se sert d'un mamelon artificiel en verre et en caoutchouc mou. La teinture composée de benjoin est ce qu'il y a de mieux pour les crevasses. S'il se forme des abcès, il faut les ouvrir sans tarder. Dans les obstructions mécaniques, il faut s'efforcer de tarir la sécrétion lactée, ce que fait très avantageusement le liniment d'iodure de plomb employé en friction.

Après le neuvième jour, on règle l'exercice, le repos, le sommeil, la nourriture. La mère doit avoir au moins cinq heures de sommeil ininterrompu. Il faut donc qu'elle donne le sein tard dans la soirée, et cela dès le début, ce qui épargne beaucoup d'ennui à l'accouchée et au médecin; les gardes ne manquent pas de donner de mauvaises habitudes à l'enfant, quand elles le peuvent; les enfants ne sont pas méchants par nature, ils le deviennent si on les dirige mal. La chambre doit être parfaitement propre, bien éclairée et bien ventilée (1), il n'y faut que les meubles indispensables. Un silence absolu n'est pas nécessaire. Cependant le médecin ne doit pas faire de trop longues visites, ni rester pour causer; il doit faire l'examen indispensable, puis retourner à ses affaires. Il faut éviter tout ce qui peut exciter ou déprimer l'accouchée, et intercepter toutes les mauvaises nouvelles que les dames sont disposées à lui apporter. Le plus important est une garde entendue, exactement obéissante, et ne donnant que les remèdes prescrits par l'accoucheur. Il est utile de connaître les habitudes de la femme pendant sa grossesse, cela nous servira pendant les couches. Lorsque Busey entendait Warrington entrer dans tous ces méticuleux détails, il le croyait trop minutieux; il a vu plus tard que rien n'était de trop.

Le Dr C.-E. Hagner approuve l'application du bandage; mais les femmes n'aiment pas à être manipulées après l'accouchement, il étend une serviette sur le ventre de l'accouchée, et la fixe solidement avec des épingles, ce qui lui permet de ne pas la découvrir. Il n'aime pas les pressions et les manipulations du sein lorsqu'il est engorgé. Il vaut mieux supporter la mamelle au moyen d'une écharpe aussitôt que le lait paraît. Il défend l'usage de la machine à coudre, pendant trois mois après l'accouchement, et les rapports conjugaux pendant quelque temps.

Le Dr Smith approuve Busey de s'informer des circonstances antérieures à l'accouchement; bien des cas de maladies sont dus à la négligence et à l'inattention apportées aux sécrétions et aux excrétions pendant la grossesse; bien des femmes entrent en travail avec un rectum plein, et en souffrent après l'accouchement. Pour lui, la fièvre

(1) Je me trouve très bien d'avoir constamment un feu clair allumé dans la cheminée, non pour chauffer la pièce, mais pour la ventiler; s'il fait trop chaud on ouvre la fenêtre; on a ainsi non un courant d'air, mais un air toujours renouvelé. (A. C.)

de lait est due plus souvent à l'état de l'intestin (1) qu'à celui des seins; et il ne voit presque plus de fièvre de lait maintenant, alors qu'il en a eu au début de sa pratique. S'il n'y a pas de selle le troisième jour, il donne un peu d'huile; mais, si les selles ont été régularisées pendant la grossesse, l'intestin continuera de se vider après l'accouchement. Il suffit quelquefois, pour obtenir l'effet désiré, de menacer l'accouchée de lui donner de l'huile. Smith ne fait pas d'injections phéniquées sans indication spéciale. Il change très fréquemment les linges souillés, dont la malpropreté constitue un grand danger, et il fait ventiler le lit aussi bien que la chambre. On s'aperçoit aisément de la mauvaise odeur, lorsqu'on soulève les draps, et il suffit de replier en long les draps et les couvertures du côté non occupé du lit, pour que cette partie se ventile, lorsque l'accouchée repose de l'autre côté.

Sur la demande du Dr TARRINGTON, Busey répond qu'il donne de la morphine avec de l'eau camphrée et de l'acétate d'ammoniaque contre es tranchées.

Le Dr BROMWELL attribue son bonheur, dans les accouchements, à ce qu'il s'occupe des détails, comme Busey.

Le Dr T. J. JOHNSON fait remarquer qu'en Amérique, à l'opposé de ce qui se fait ailleurs, les femmes ne sortent guère pendant leur grossesse, elles ne prennent pas assez d'exercice. Chez les primipares, il se sert d'alun et d'eau-de-vie pour durcir les mamelons. Le Dr Busey a omis un point important : le frisson post-puerpéral. Il est dû, suivant lui, à la différence de température qui existe entre la température extérieure de la femme et sa chaleur interne (2).

Le *travail* de l'accouchement étant un vrai travail, la femme s'est

(1) Il vaudrait peut-être mieux dire « à l'état des voies digestives. » Je n'ai amais vu de fièvre de lait chez une accouchée, et j'en attribue l'absence au fait que je es nourris dès le premier jour; je fais aussi mettre l'enfant au sein dès première heure. J'exige une propreté méticuleuse, et j'établis, au moyen d'un feu constant, un renouvellement continu de l'air. Une seule de mes accouchées a eu un très léger mouvement fébrile le deuxième jour, qui a cédé à un bifteck. Je fais mettre l'enfant au sein aussitôt que la mère est reposée. (A.C.)

(2) Je serais plutôt disposé à l'attribuer à l'évacuation de l'utérus, et à en aire l analogue de celui qu'on ressent après s'être retenu longtemps d'uriner. La tension vasculaire des organes pelviens subit un changement rapide, et le frisson coïncide avec le rétablissement de l'équilibre. (A. C.)

fait éventer pour se soulager; le rafraîchissement se fait sentir après l'accouchement, et le frisson se produit. On constate quelquefois que le pouls ne bat que 75 ou même 50 fois par minute; pour Johnson, un pouls lent est un signe favorable.

Il croit qu'on a abusé du bandage. A Vienne, on se contente d'appliquer sur le ventre de l'accouchée un drap chauffé dans le four; le vrai bandage fait du mal, s'il presse l'utérus contre la colonne vertébrale; il faut l'épingler plus serré en haut, pour empêcher l'utérus de remonter. En général, il fait plus de mal que de bien. L'orateur cite l'exemple ancien du *Bellevue Hospital*, où l'on fait ccoucher les femmes sur un lit de misère, pour les porter ensuite sur le lit où elles doivent passer leurs suites de couches. Le sommeil étant de la plus grande importance, il faut emporter l'enfant dans une autre chambre, s'il crie. Il estime qu'il faut alimenter la mère de bonne heure, pour combattre l'épuisement causé par le travail (1). Il ne veut pas qu'on alimente l'enfant avant l'apparition du lait maternel; « si le bon Dieu avait voulu que l'enfant fût nourri aussitôt né, il n'aurait pas retardé la sécrétion du lait jusqu'au deuxième ou troisième jour (2). » Johnson préfère, à l'huile de ricin, un laxatif. L'huile a des inconvénients pour les femmes qui ont des hémorrhoïdes. Il ne faut pas laisser l'accouchée trop longtemps au lit, car le décubitus dorsal favorise la rétroversion et l'amas des lochies dans le vagin.

Le Dr Mc Ardle préfère faire passer le lait, plutôt que de voir un abcès mammaire; il y a des femmes qui aiment mieux faire trois enfants que d'avoir un abcès.

Le Dr Magruder se loue de l'onguent saturnin et de la belladone, qui est calmante, il cite un cas qui prouve son efficacité.

Le Dr Busey, en terminant la discussion, dit qu'il approuve la pratique du Dr Hagner, de mettre le sein en écharpe.

Il n'a employé l'huile de ricin qu'au début de sa pratique, alors qu'il avait affaire à de pauvres gens qu'il pouvait forcer à prendre ce remède répugnant; ses clientes actuelles, mieux placées, la refusent; de plus, elle produit généralement des coliques. Il laisse donc, en gé-

(1) Plus encore pour empêcher l'absorption des miasmes, ou, comme le dit R. Barnes, « fortifier l'accouchée contre les attaques de l'ennemi. » (V. *Annales de gyn.*, 1882, t. I, p. 187.)

(2) Cependant la tetée, même d'un sein vide, favorise la régression utérine. (A. C.)

néral, ses accouchées prendre le laxatif auquel elles sont accoutumées. Il attend ordinairement jusqu'au troisième soir, pour donnner une purgation. Il estime que la mauvaise odeur, constatée par le D[r] Smith lorsqu'on soulève les couvertures, est une indication des injections vaginales que Smith repousse. Il est partisan de l'exercice au dehors. Le frisson post-puerpéral lui paraît sujet à soupçon, et l'engage à un examen minutieux, pour s'assurer qu'il n'est pas une indication de danger. Il a la même méfiance à l'égard de la lenteur du pouls, qui est due quelquefois à une application mal faite du bandage, favorisant le flux sanguin dans les veines abdominales; il peut être causé aussi par le choc. Il se défie aussi de la fréquence du pouls dans la première heure. La méthode du D[r] Hagner, pour appliquer le bandage, est bonne, sans doute, mais Busey ne le laisse jamais placer par la garde.

Les coliques de trois et de neuf mois des bébés sont dues à un défaut de soins et d'hygiène, qui cause aussi le plus souvent leurs cris. Si la colique est très forte, une goutte de chloroforme la calme. Il ne condamne pas ses accouchées à l'immobilité dans le décubitus dorsal, mais il leur permet de se retourner et de s'appuyer sur leurs coussins. Il n'a pas grande confiance dans la belladone contre la sécrétion mammaire. L'iodure de potassium vaut mieux. Pour augmenter la quantité du lait, rien ne vaut l'augmentation des aliments. L'électricité, qui active la sécrétion, produit de l'inflammation.

Le retour prématuré des règles est désastreux pour le nourrisson, qu'il rend souvent rachitique. L'abus du coït altère le lait. (*Am. Journ. of. obst.*, 1884, p. 759).

(*Séance du* 10 *avril* 1884.)

A. CORDES.

SOCIÉTÉ ESPAGNOLE DE GYNÉCOLOGIE.

On lit d'abord une observation de **métrite chronique parenchymateuse**, communiquée par le D[r] CELESTINO MARTIN, membre correspondant de la Société. Le résultat que j'ai obtenu, écrit l'auteur, a été excellent et je le dois au mode de traitement qu'on va lire. Comme il existait une ulcération granuleuse étendue sur la lèvre antérieure du col, j'ai fait, localement, des cautérisations avec le nitrate d'argent et des badigeonnages, d'abord avec la teinture d'iode

puis avec la glycérine, jusqu'à cicatrisation parfaite et résolution de la métrite. J'ai prescrit en outre des solutions astringentes, les unes avec de l'alun, les autres avec de l'eau végéto-minérale très diluée. Comme traitement général j'ai eu recours, en dehors d'une alimentation réparatrice, aux préparations martiales et au seigle ergoté.

- A propos de cette lecture, le Dr Sancho relate une observation de **métrite chronique parenchymateuse**, qu'il a traitée et guérie par l'emploi de l'ergotine Bonjean. L'action de cette substance est, à son avis, extrêmement avantageuse, en raison de l'action, excessivement tonique qu'elle exerce sur les fibres lisses des vaisseaux de l'utérus, dans la cure de cette affection. Il faut associer à son emploi l'usage de l'hydrothérapie. Pour le traitement général, il a eu recours aux alcalins, parce qu'il y avait dans l'état général de la malade des contre-indications à l'administration des préparations ferrugineuses.

Le Dr Hornos communique un cas, tiré de sa pratique personnelle. Il s'agit d'un enfant âgé de deux mois et six jours chez lequel on vit, le jour qui suivit sa naissance, apparaître deux céphalématomes développés dans la portion supérieure et moyenne des deux pariétaux. J'ai, dit le Dr Hornos, fait de la compression et des fomentations de vin aromatique. Mais mon traitement n'a réussi que sur la tumeur située à gauche. A droite, au contraire, après un mois, j'ai constaté une fluctuation manifeste. Le céphalématome s'était transformé en un abcès. Je l'ai ponctionné dans sa partie la plus déclive, et il s'est écoulé une quantité considérable de pus. Mais cela n'a aucunement suffi pour arrêter la suppuration; bien au contraire, le pus continue toujours à s'écouler abondamment par un trajet fistuleux, en dépit des soins les plus minutieux et les plus variés: pansement deux fois par jour, compression, cérat phéniqué, émollients, injections iodées, etc., etc... Avant d'instituer un traitement plus radical, je désire avoir, touchant ce cas, l'avis de la société.

Le Dr Ustraiz déclare qu'il croit que le moment d'intervenir est arrivé. Puisque, malgré l'emploi de moyens aussi rationnels, la suppuration ne s'est pas arrêtée, il faut, selon lui, débrider largement, mettre à découvert le foyer de l'abcès et le cautériser fortement, car c'est en ce point que se fabrique le pus. Il cite, à titre d'argument, un fait analogue emprunté à sa pratique personnelle. Après avoir opéré le débridement, il traita la lésion avec la teinture d'iode, et bientôt après avec de l'iodoforme mélangé à l'amidon, ce qui lui fournit un rapide et excellent résultat.

Le Président résume la discussion et étudie sommairement le mécanisme de la formation des céphalématomes. Il les distingue, d'abord, de la bosse séro-sanguine, *succedaneum caput*, qui résulte de l'infiltration du tissu cellulaire consécutive à la compression des vaisseaux capillaires du crâne pendant l'accouchement, et qui disparaît toujours spontanément. Les céphalématomes sont la conséquence de fractures osseuses et de ruptures vasculaires donnant lieu à des épanchements sanguins qui peuvent se localiser : *entre la peau et l'aponévrose, entre l'aponévrose et le périoste et au-dessous du périoste*; de là, des céphalématomes *superficiels* (a) *profonds* (b) et *sous-périostiques* (c). Ces derniers se distinguent par leur forme aplatie, leur base d'implantation large, dure et limitée par un rebord osseux; les profonds, sans avoir de rebord osseux, proéminent, présentent une surface égale et une fluctuation profonde; quant aux premiers, la fluctuation superficielle qu'ils fournissent en rend le diagnostic extrêmement aisé.

(*Séance du* 12 *mars.*)

Le Dr S. Castillo rapporte l'observation d'une femme qui fut atteinte de **descente de la matrice** par suite de la compression qu'exerçait sur l'utérus une tumeur kystique, située dans la fosse iliaque droite. Il fit une ponction exploratrice qui donna issue à environ 300 grammes de liquide. Sous l'influence de l'évacuation de la poche kystique, l'utérus revint dans sa situation normale. Mais quinze jours après, le kyste suppurait et le Dr Castillo, redoutant son ouverture dans la cavité péritonéale, était sur le point de pratiquer la laparotomie quand l'abcès s'ouvrit spontanément dans le rectum, donnant issue à une quantité considérable de pus. Trois mois après, la malade était complètement rétablie.

Le Dr Castillo conclut de ce fait que l'injection iodée ne constitue pas une opération inoffensive, qu'elle peut comme dans son cas amener l'inflammation du kyste.

Le Dr Alarcon relate une observation absolument contraire à la précédente. Il s'agissait d'une femme atteinte d'un **énorme kyste de l'ovaire**. Le volume excessif de la tumeur et l'état général de la malade rendaient impossible l'avariotomie. Il eut alors recours aux

ponctions répétées. Il en fit jusqu'à quarante. La première avait donné issue à 26 *litres de liquide*. Il pratiqua également des injections iodées qui ne furent suivies d'aucun accident. Ces moyens, au contraire, amenèrent l'adhérence des parois kystiques et une guérison relative de sa cliente qui, depuis neuf ans, époque de laquelle date cette observation, continue à porter son kyste sans en éprouver la moindre souffrance. (*Séance du 26 mars.*)

R. LABUSQUIÈRE.

REVUE DES JOURNAUX

Sur la contraction du vagin chez les lapines, par le Dr N.-W. JASHEBOFF, de Saint-Pétersbourg.

L'auteur de ce mémoire ne nie pas la valeur des recherches d'une foule de savants sur la contraction utérine, mais il pense que les résultats obtenus par l'emploi de la méthode graphique sont supérieurs en précision aux anciens, et l'emploi de cette méthode lui paraît ouvrir une phase féconde en progrès. Il cite à ce propos le travail de Frommel (*Ueber die Bewegungen des uterus*), mais fait remarquer que ni lui ni les autres observateurs n'ont suffisamment distingué les mouvements de l'utérus de ceux du vagin, fait d'autant plus surprenant que la plupart des recherches ont été faites sur des lapines et que chez ces animaux l'utérus ne joue dans la parturition qu'un rôle accessoire et le vagin le rôle principal.

Un seul mémoire de sérieuse valeur (P. KEHRER, *Ueber die Insammenzhiehung des Weiblichen Genitalcanolb.*, *Gressen*, 1864) consacre une part importante à l'innervation et aux contractions du vagin, mais ses conclusions diffèrent assez notablement de celles des nouvelles expériences qui nous occupent seules ici.

Disons tout d'abord que ces expériences sont fort délicates et exigent la réunion d'un assez grand nombre de conditions minutieusement détaillées. L'animal, fixé sur le dos, est en rapport avec des appareils de réchauffement (car le décubitus dorsal amène un refroidissement sensible), qui maintiennent la température rectale à 38 ou 39 degrés

Point de cyanose ou d'anesthésie. Un condom ou une vessie de pois-

son introduite jusqu'au fond du vagin, en contact avec le col utérin, communique avec une tube de verre bifurqué, dont une des branches permet l'introduction d'eau à 38 ou 38,5 degrés et jusqu'à déplissement complet du vagin, puis est ensuite fermée, et dont l'autre est en communication avec une boîte à air de M[illegible], dont le levier dessinera les contractions vaginales. Tel est, grossièrement, le dispositif de l'expérience. Les résultats ainsi obtenus peuvent être considérés comme indiquant les contractions normales.

Trente-neuf expériences sur des lapines à des époques différentes de la vie sexuelle ont été faites dans ces conditions. Dans une autre série de vingt expériences, le condom est amené dans le vagin et mis en contact avec le col utérin au moyen d'une sonde élastique introduite à travers la paroi abdominale et l'un des utérus incisé; le cylindre de baudruche est lié sur l'une des extrémités de la sonde dont l'autre communique avec la boîte à air et, après suture de l'utérus et de la paroi abdominale, l'animal est apporté dans l'appareil à réchauffement. Enfin, dans une série de cinq expériences, les deux extrémités du cylindre de baudruche sont mises en rapport avec un double appareil enregistreur. C'est une combinaison des conditions des deux séries précédentes.

Antérieurement aux recherches actuelles, l'auteur avait pu constater, après l'ouverture du ventre pratiquée dans un tout autre [illegible] que, à l'état normal, le vagin se contracte spontanément et d'une façon régulière; et la comparaison des résultats ainsi constatés avec ceux qu'il a obtenus au moyen de l'introduction sous le vagin d'un cylindre très mince rempli d'eau, lui a montré que cette dernière condition ne modifie en rien les contractions spontanées. Ces contractions parcourent successivement tout l'organe en le divisant en segments plus ou moins nombreux, de trois à neuf, suivant les dimensions du vagin, de telle sorte que tel ou tel segment n'entre en contraction qu'après le relâchement de celui qui le précède immédiatement. Une période de relâchement complet, très courte en général, succède à la contraction du dernier segment, puis une autre série de contractions péristaltiques recommence. En outre, des contractions, marchant en sens inverse, c'est-à-dire de l'entrée du vagin vers le fond, antipéristaltiques.

Ces contractions spontanées, rhythmiques, s'observent à toutes les phases de la vie sexuelle. Leur fréquence n'est pas en rapport avec telle ou telle période. Mais il n'en est pas de même de leur puissance,

qui atteint son maximum pendant la grossesse et la période d'expulsion de l'arrière-faix.

La température agit à la fois sur la force et sur le rhythme des contractions. Au-dessus de 40 degrés, elles deviennent faibles et irrégulières ou cessent complètement; au-dessous de 37 degrés, elles deviennent très lentes et tantôt plus rares, tantôt plus fréquentes, de telle façon qu'il n'existe plus entre elles d'intervalles de relâchement.

L'asphyxie n'empêche pas la contraction commencée de suivre son cours. Mais alors la période de relâchement consécutive est plus longue. Puis survient une contraction très forte, persistante; puis une série de contractions, et enfin un relâchement complet. Une anémie rapide, produite par la suture du cœur ou des gros vaisseaux, rend, pour un certain temps, les contractions plus fortes et plus fréquentes.

Une excitation mécanique, thermique ou électrique du vagin et de la vessie, ou même de l'utérus et des ovaires, mais dans ce cas, moins sûrement, réveillent les contractions vaginales pendant la période de relâchement. Le curare à dose physiologique ne modifie ni l'intensité ni le rhythme des contractions vaginales; à hautes doses, il diminue leur intensité, mais sans influencer leur rhythme. Le chloroforme, mélangé d'air dans des proportions déterminées, augmente au début l'activité du vagin, puis diminue bientôt sa tonicité et plus tard aussi la force des contractions; puis le vagin se relâche de plus en plus jusqu'à ce que toute activité s'éteigne, mais la paralysie n'est pas définitive. Les vapeurs d'éther, en mélange déterminé avec l'air, augmentent au début la puissance des contractions, puis les rendent plus rares, sans diminuer leur force. De l'air saturé de vapeur d'éther paralyse en peu de temps le vagin.

Des doses modérées de morphine diminuent quelque peu la force des contractions vaginales; de plus hautes doses diminuent également leur fréquence; enfin, de très fortes doses paralysent en même temps la musculature aussi bien que les centres d'innervation.

Les contractions rhythmiques, automatiques du vagin, persistent, après la section de la moelle épinière à différentes hauteurs et après la destruction de la moelle lombaire. La section de tous les rameaux du sympathique qui se dirigent vers le petit bassin, ne fait pas disparaître les contractions. D'où l'on peut conclure que la contractilité du vagin est automatique et sous la dépendance des centres nerveux placés dans ses parois propres.

L'excitation électrique vient corroborer ce résultat. La décharge

électrique produit non pas une contraction, mais une série de contractions.

L'excitation du bout central du nerf ischiatique, la moelle épinière étant intacte, augmente le ressort de la contraction et ralentit son rhythme. La section de la moelle allongée au-dessus du tronc vertébral ne modifie pas ce résultat. Au contraire, la section de la moelle au niveau des premières vertèbres lombaires ou la destruction de toute la moelle l'empêche, et l'excitation reste alors sans effet sur les contractions vaginales.

L'excitation de la moelle allongée séparée du cerveau produit des effets un peu différents, selon qu'elle est courte ou prolongée ; mais, en somme, les résultats ainsi obtenus sont assez analogues à ceux produits par l'asphyxie.

En résumé, les différentes excitations portées sur le nerf ischiatique, sur la moelle lombaire et sur la moelle allongée, autorisent à dire qu'il existe dans la moelle lombaire un centre de mouvements, et dans la moelle allongée un centre d'arrêt, et vraisemblablement aussi un centre de mouvements du vagin (*Archiv. für Anatomie und Physiologie*). R. CHENET.

Version et application du forceps au détroit supérieur, par Rufus A. KINGMANN, M. D. (Boston, mars). — L'opportunité de l'une ou l'autre de ces deux opérations, dans le cas particulier indiqué, étant devenue, entre les médecins de Boston, le point de départ de nombreuses discussions sans issue, l'auteur s'est proposé d'étudier en détail la question afin de pouvoir formuler une conclusion précise. Son travail peut être divisé en trois parties : dans la première, il analyse les dangers particuliers à chacune d'elles ; dans la seconde, il signale les difficultés qui sont liées à leur exécution : récapitulant enfin les points principaux de ces deux articles, et mettant en opposition les avantages et les inconvénients associés à la version ou à l'emploi du forceps, il termine en exprimant son opinion personnelle sur le point en discussion. Nous résumerons très brièvement ce travail.

Les dangers qui peuvent compliquer les applications du forceps au détroit supérieur sont rangés par l'auteur de la manière suivante :

1° La septicémie.

2° L'entrée de l'air.

3° Les lésions de la tête fœtale : *a.* consécutives à la pression directe

exercée par le forceps sur la face ou sur le cuir chevelu du fœtus; *b.* déterminées par la compression que subit le contenu crânien, du fait même de l'action de l'instrument; *c.* produites enfin par l'extraction de la tête fœtale contre ou à travers une filière osseuse.

4° Les blessures des parties maternelles : *a.* dues aux pressions exercées par les cuillers du forceps largement écartées pendant l'extraction ; *b.* ou au dérapement du forceps ; *c.* ou enfin à la saisie d'une portion des tissus maternels entre les cuillers de l'instrument.

5° La pression exercée sur le cordon ombilical et l'asphyxie du fœtus qui en résulte.

6° Les risques que l'on court de disjoindre ou de fracturer le bassin durant l'extraction.

Les dangers que fait courir la version sont les suivants :

1° La septicémie.

2° La pénétration de l'air.

3° Le choc nerveux et le collapsus.

4° La rupture de l'utérus.

5° La métrite et la péritonite.

6° L'asphyxie qui résulte d'une extraction laborieuse.

7° Les lésions du fœtus determinées par des tentatives énergiques d'extraction.

Les difficultés les plus sérieuses qui compliquent les applications du forceps au détroit supérieur résultent :

1° *Pour l'application des branches* :

a. Des positions défavorables de la tête ;

b. De l'enclavement étroit de la tête au détroit supérieur ;

c. Du manque de place pour la manœuvre aisée des cuillers, complication qui s'exagère par la présence forcée dans le vagin d'une partie des poignées de l'instrument, lorsqu'il s'agit d'enserrer une tête encore très élevée.

d. De l'éloignement des extrémités du forceps, et par suite, de la possibilité de déterminer des lésions si l'on déploie une force assez considérable.

2° *Pour l'extraction* :

a. Des positions postérieures, transversales ou défléchies de la tête.

b. Du peu de solidité de la prise et conséquemment du dérapement possible de l'instrument.

Les difficultés propres à la version sont :

1° *Pour la recherche des pieds* : l'enclavement de la tête ou l'inaptitude où l'on est de les reconnaître au milieu des bras et des jambes qui se présentent sous la main.

2° *Pour la rotation du corps* : l'enclavement de la tête et la contraction énergique de l'utérus.

3° *Pour l'extraction* : la déflexion des bras et de la tête ; absolument les mêmes difficultés qui peuvent compliquer les présentations du siège.

L'auteur passe ensuite en revue certains des avantages et des inconvénients propres à l'une ou l'autre des deux méthodes : *Ainsi*, dit-il, *dans les cas d'hémorrhagie grave, alors que la tête est encore dans l'utérus, le forceps en la maintenant éloignée des lèvres du col, facilite l'écoulement sanguin; au contraire, la main et le bras introduits dans la matrice pour l'exécution de la version, puis le corps du fœtus, jouent le rôle de tampon et arrêtent l'hémorrhagie.* Dans ce cas, la version est donc évidemment préférable. *En revanche, dans les grossesses gémellaires, il convient de donner la préférence au forceps...*, etc. Et après avoir fait un parallèle assez circonstancié, il formule cette conclusion : *Que le forceps, dans les applications au détroit supérieur, expose la mère et l'enfant à des dangers beaucoup plus considérables que la version, qu'il présente dans son exécution des difficultés beaucoup plus sérieuses que cette dernière, tout en n'offrant que des avantages moins nombreux et moins importants.*

L'article se termine par cette citation, empruntée à Schroeder : « Tant que la tête reste mobile au-dessus du détroit supérieur, la version est aisée ; on doit toujours, en pareil cas, la préférer à l'emploi du forceps. (*Ann. Journ. of Obstetrics*, juillet 1884.)

Considérations sur les causes de la stérilité, par le Dr Samuel Peters. (Cohoes, N.-Y.) — Sous ce titre, l'auteur passe en revue un certain nombre des causes de la stérilité. C'est, en somme, une étude partielle de la question, à laquelle cependant le Dr Peters a ajouté quelques résultats de son observation personnelle, touchant le mécanisme, si controversé, de la fécondation. Nous en reparlerons tout à l'heure. Il est plus rationnel de présenter d'abord les statistiques rassemblées par l'auteur, ou plutôt celle qui tend à établir le rapport qui

existe entre la *stérilité mâle* et la *stérilité femelle*, si l'on peut ainsi s'exprimer. Elle s'écarte en effet beaucoup de celle que nous trouvons dans un de nos livres les plus répandus, comme on va pouvoir en juger : « *Plus on vieillit dans la pratique médicale, plus on acquiert la certitude que la stérilité dépend le plus souvent de la femme. Lorsqu'une union dure depuis plusieurs années sans enfants, la cause en est à la femme, au moins neuf fois sur dix.* » Contrairement à cette opinion, l'auteur américain écrit : « *La stérilité est un état qui existe aussi bien chez l'homme que chez la femme et peut-être plus souvent chez cette dernière. Grünewald compte une femme stérile sur dix-huit, Mathews Duncan, une sur dix, tandis que sur six hommes, il y en aurait un d'impuissant. Quoi qu'il en soit de ces chiffres, notre très regretté M. Sims considère la proportion des mâles stériles comme très forte, et il a nettement établi que traiter une femme pour cause de stérilité, avant de s'être assuré des qualités procréatrices du mari, était injuste et antiscientifique.* »

Un deuxième point intéressant est celui qui traite du mécanisme de la fécondation. On sait, en effet, combien les avis ont été divergents à ce sujet. Les uns n'accordant aux organes femelles de la génération qu'un rôle de passivité, attribuent, au contraire, au spermatozoïde un instinct spécial, une sorte d'intelligence, en vertu de laquelle il va, à travers tous les obstacles, à la rencontre de l'ovule (Dr W. C. Roberts). Les autres font entrer en ligne de compte l'orgasme vénérien, qui s'accompagnerait de modifications de forme et de situation du col et du segment inférieur de la matrice, favorables à la progression des éléments générateurs mâles. « En 1859, un allemand, Eichstedt, émit l'avis que, contrairement à l'opinion la plus répandue, la matrice n'était pas, durant la copulation, un organe purement passif, qu'elle jouissait de la faculté d'aspirer, pendant la courte période du coït, la semence du mâle.» En 1872, Wernich, encore un allemand, dans un article intitulé : *Propriétés érectiles du segment inférieur de la matrice et ses conséquences*, écrivit que le corps de l'utérus n'était pas, ainsi que l'avait enseigné Rouget, formé de tissu érectile vrai ; que ce tissu était exclusivement réparti à la portion vaginale ou au col; et que son érection était l'origine des mouvements aspiratoires. La même année, quelques mois après la publication de cet article, dans un travail ayant pour titre : *Comment les spermatozoïdes pénètrent dans la matrice*, le Dr J.-R. Beck établit d'une façon précise ces mouvements aspiratoires de l'utérus. Enfin, en 1883, voici ce qu'écrivait (*Am. Journ.*

of. obstetrics, vol. XVI, p. 846), P. F. Munde : « Nous avons vu se produire, chez une femme passionnée, sous l'influence d'une excitation sexuelle manifeste, déterminée par l'exploration digitale et l'examen au spéculum prolongés, l'écoulement *en jet* d'un mucus clair et visqueux. Les lèvres de l'orifice externe se rapprochaient et s'éloignaient d'une façon alternative, laissant échapper le liquide à chaque fois que l'orifice devenait béant. » Je n'ai jamais été, dit l'auteur, témoin du mouvement spasmodique interne décrit par J. Beck, mais j'ai observé : le durcissement et l'allongement du col, la progression de l'utérus vers l'orifice vaginal, la distension, limitée, mais distincte de l'orifice utérin, et le retour *progressif* à l'état normal, et cela, non pas une fois, mais fréquemment.

Voici maintenant la théorie qu'il déduit de ces faits. L'accumulation du sang a pour effet d'allonger, d'agrandir le col et de distendre l'orifice externe. Mais en outre, elle amène nécessairement le rétrécissement de la cavité cervicale et par suite, expulse le liquide qu'elle contient. En revenant ensuite à son état primitif, le col aspire tout ce qui est à sa portée. Aussi, si la semence tombe en un point extérieur à la zone dans laquelle s'exerce cette action aspiratrice, cette semence est perdue.

Tels sont les points les plus intéressants de ce travail. L'auteur étudie également les circonstances qui peuvent, le plus directement, s'opposer à la production de ces mouvements aspiratoires. Mais comme elles rentrent dans le domaine des connaissances les plus classiques, il devient inutile de les énumérer. Abordant ensuite la question du traitement, et particulièrement la dilatation du col, il se prononce pour la *méthode de dilatation progressive et lente, avec des sondes métalliques*, celles de Peaslee par exemple, la pratiquant *toujours* et *seulement* pendant la seconde et la troisième semaine après la menstruation. (*Am. Journ. of. obstetrics*, août 1884).

Deux cas d'inversion de la matrice traités par la méthode de Wind, par W. Johnston, de Boston. — Dans l'un des cas, l'inversion datait de vingt-deux mois; dans l'autre, de deux mois et demi.

Il ne fut pas possible, chez la femme dont l'affection était la plus ancienne, d'appliquer jusqu'au bout le procédé en question. Mais chez l'autre, il procura un résultat aussi rapide qu'excellent.

L'opération peut être divisée en deux temps : *Dans le premier, on*

tâche de faire rentrer dans le col la portion de l'utérus qui proémine dans le vagin; dans le second on repousse la matrice, en agissant directement sur le fond de cet organe, dans sa situation normale.

Voici quelle fut la marche suivie dans le cas le plus heureux.

Le Dr Johnston se servit d'abord d'un pessaire en pâte molle élastique, suffisamment volumineux pour remplir exactement le vagin, mais sans le distendre. Il le fixa à un manche parfaitement lisse. A l'autre extrémité du manche, qui sortait de la vulve de 6 centimètres environ, fut attaché un morceau d'un tube en caoutchouc ordinaire, destiné à remplir l'office de courroie périnéale. Ce tube venait ensuite se fixer à une ceinture pelvienne, où il était maintenu par des épingles de sûreté (*safety pins*). On pouvait, en raccourcissant plus ou moins la portion antérieure ou postérieure de cette courroie périnérale, exercer facilement une pression *directe* et *mesurée* sur le fond inversé de la matrice. La malade resta ensuite couchée dans le décubitus latéral gauche. On tint la courroie périnéale serrée jusqu'à ce qu'apparurent des douleurs lombaires assez intenses. Au bout de vingt-quatre heures, le Dr Johnston enleva l'instrument, le nettoya, et, après avoir fait donner à sa cliente une douche d'eau chaude, il la fit placer dans le décubitus latéral droit, et remit l'appareil. Tous les deux jours, les intestins étaient évacués à l'aide de lavements, et la malade urinait, aussi souvent qu'il était nécessaire, dans de vieux linges placés entre ses cuisses. A mesure que la portion inversée rentrait dans le col, on se servit de pessaires de moins en moins volumineux, et cela jusqu'à ce que l'organe fut complètemennt remonté dans la cavité cervicale.

Le Dr Johnston substitua alors au manche primitif une tige arrondie, en recouvrit l'extrémité d'une sorte de coiffe analogue à celle dont on garnit les pieds des fauteuils pour empêcher qu'ils n'abîment les planchers, et, par dessus, ajouta deux ou trois couches de tubes en caoutchouc de Martin.

Ce nouveau support fut directement appliqué contre le fond de la matrice, qui fut définitivement refoulée dans sa position normale, au bout de vingt-quatre heures, sans que la femme eût éprouvée le moindre accident de cette intervention. (*Am. Journ. of Obstetrics.* Août 1884.)

Un cas de grossesse tubaire, par le Dr Henry Hun. — Il fut observé chez une Écossaise, âgée de 36 ans, qui jouissait habituellement d'une santé excellente. Elle avait déjà eu sept enfants, et le plus jeune, âgé de onze mois, était encore à la nourrice quand elle mourut.

Depuis cette dernière grossesse et *sept jours avant la mort*, elle eut une perte sanguine qu'elle considéra comme le retour des règles. L'écoulement sanguin dura trois jours. Trois jours après, elle fut prise brusquement de vives douleurs dans la région inguinale droite. Elle les attribua à des coliques, et une débâcle intestinale parut au premier abord lui donner raison. Mais les douleurs continuèrent, quelques vomissements se produisirent, l'état général empira de plus en plus, et, en dépit des stimulants et des sédatifs que lui administrèrent successivement deux médecins, elle succomba après être restée quelques heures dans un état de collapsus extrême.

A l'autopsie, on trouva dans le bassin et dans la partie inférieure de la cavité abdominale un peu plus d'un litre de sang, soit liquide, soit constitué en caillots noirâtres. Les viscères abdominaux, plus spécialement l'utérus et les reins, étaient très anémiés. Il n'existait aucune congestion des vaisseaux du péritoine, ni aucune trace ancienne ou récente de péritonite.

La trompe droite était dilatée en son milieu et constituait une tumeur ovoïde de couleur brun-noir, mesurant 5 centimètres dans son plus grand diamètre et 2 centimètres et demi dans son plus petit. Sur la face postérieure de la tumeur existait une petite déchirure, à travers laquelle le sang s'était effusé dans la cavité péritonéale, et qui, au moment de l'autopsie, présentait en saillie un kyste peu volumineux, rempli d'un liquide clair. Au milieu de ce liquide nageait un petit embryon, que rattachait à la paroi kystique un mince cordon ombilical, alors très distinct. Mais on ne put constater l'existence d'une vésicule ombilicale qui, néanmoins, pouvait parfaitement exister. L'autopsie était faite à la lumière d'une lampe, et l'embryon et le cordon s'étaient simultanément et accidentellement rompus. Sur la face opposée du chorion, on voyait une grande quantité de villosités, surtout au niveau du point diamétralement opposé à la déchirure. Entre l'œuf et la paroi tubaire on trouva un caillot sanguin plus ferme, et de coloration plus vive que ceux qui étaient dans la cavité abdominale. Ni l'examen macroscopique, ni l'examen microscopique ne permirent d'apercevoir rien d'analogue à la caduque. Les parois de la tumeur étaient formées par les parois tubaires, plus congestionnées

qu'à l'ordinaire et qui, en outre, étaient infiltrées d'éléments cellulaires arrondis. Il fut impossible de découvrir quelque vaisseau volumineux qui aurait pu être la source de l'hémorrhagie. Un stylet introduit dans l'extrémité abdominale de la trompe de Fallope arriva très près de l'extrémité correspondante de l'ovoïde; mais de la tumeur à l'utérus, le conduit tubaire était oblitéré par l'adhésion intime de ses parois.

La trompe du côté gauche était saine. L'ovaire correspondant présentait à sa surface plusieurs cicatrices, mais sa forme et sa coloration étaient parfaitement normales. Sa section permit de constater, au-dessous d'une de ces rides, la présence d'un corps jaune, ayant environ 18 millimètres, affectant une forme ovalaire, et limité par une enveloppe blanche très apparente. Sur le point du corps jaune le plus rapproché de la surface ovarique, il y avait une petite cavité, divisée par une cloison délicate, en deux parties égales. Tout le restant de la masse du corps jaune était constitué par un tissu jaunâtre. *De nombreuses sections pratiquées sur l'ovaire droit ne firent découvrir aucun véritable corps jaune de la grossesse.*

L'utérus qui était pâle ne paraissait pas notablement augmenté; la distance de l'orifice externe, au fond de la matrice, n'était que de 5 centimètres. L'épaisseur des parois était de 13 millimètres, et la surface interne était un peu irrégulière. Sur la presque totalité du corps de l'utérus, il n'y avait aucune trace de caduque; cependant, au niveau du col, il existait des débris qui offraient quelque analogie avec elle.

L'auteur décrit ensuite minutieusement l'embryon; mais nous laissons ce passage pour arriver immédiatement aux considérations que lui suggère ce cas de grossesse tubaire.

L'œuf était situé dans la trompe droite, tandis que le corps jaune se trouvait dans l'ovaire du côté gauche. C'est là un fait d'observation assez commune, dans ces sortes de grossesses, et qui peut être interprété de plusieurs façons. Ainsi, l'œuf peut, après avoir traversé la trompe correspondante à l'ovaire d'où il est sorti, gagner par l'utérus la trompe opposée. L'événement est rare, mais il est possible. Cela est définitivement démontré par le cas de Schultze, dans lequel l'extrémité abdominale de la trompe dans laquelle l'œuf s'était développé, était entièrement oblitérée par des adhérences péritonéales anciennes.

Mais il est probable que, dans la grande majorité des cas, l'ovule

passe de l'ovaire dans l'extrémité abdominale de la trompe du côté opposé. Pour cela il peut se faire que celle-ci se courbe et se replie suffisamment pour pouvoir s'appliquer sur l'ovaire, ou bien que l'ovule tombe dans la cavité abdominale, et finisse par gagner la trompe vers laquelle il se trouve attiré, en vertu de la direction du courant produit par l'épithélium vibratile.

« Quoi qu'il en soit, dit l'auteur, il est certain que, dans bon nombre de cas de grossesses tubaires, le corps jaune se trouve du côté opposé à celui dans lequel s'est fait le développement de l'œuf, et c'est peut-être là une cause assez commune de ces variétés de grossesse. »

Si, en effet, la trompe se courbe et se replie pour s'appliquer sur l'ovaire le plus éloigné, il peut arriver que cette courbure, cette inflexion soient de nature à gêner considérablement la marche de l'ovule, qui alors a le temps de se développer, au point de ne plus pouvoir cheminer dans la partie de la trompe qu'il lui reste encore à franchir.

Pareille chose peut se produire, quand l'ovule est fécondé avant qu'il n'ait atteint le conduit tubaire dans lequel il va définitivement se développer.

Il y a probablement, dans presque tous les cas de grossesse tubaire, formation d'une caduque; mais habituellement, elle est expulsée vers le huitième mois. Il est vraisemblable que, dans le cas actuel, l'expulsion eut lieu au moment de la perte sanguine qui fut, peut-être à tort, considérée comme une menstruation régulière. On peut également raisonnablement supposer que cette congestion des organes internes favorisa l'épanchement sanguin qui se fit entre l'œuf et la paroi tubaire, épanchement qui, en augmentant la tension au niveau de la tumeur, provoqua sans doute la rupture du kyste.

Les différences, quant à l'aspect, à la consistance et à l'organisation qui existaient entre le sang épanché dans la cavité abdominale et celui qu'on trouva dans la trompe, s'accordent avec cette hypothèse. D'ailleurs, on a remarqué que, dans les grossesses tubaires, les règles ou des métrorrhagies précèdent fréquemment la rupture du kyste. (*The Amer. Journ. of. the med. Sciences*. — 1884, p. 98 et seq.)

Théorie nouvelle de la nutrition fœtale, par A. Anderson, M. D., de San-Francisco. — Voici en quoi consiste, exposée d'une façon sommaire, la théorie de l'auteur :

Quand la conception est un fait accompli, le fœtus retire ses éléments de nutrition de sources extérieures et non du sang qui vient du placenta. Au début, il les emprunte aux parois tubaires et utérines congestionnées ; plus tard, c'est le liquide amniotique qui les lui fournit. La résorption de ce liquide s'effectue non seulement par la peau mais aussi, dès le premier mois, par le tube digestif. De là, il est distribué aux tissus fœtaux par un mécanisme identique à celui qui préside à cette distribution chez le nouveau-né. Il en résulte que la fonction placentaire se borne à un acte exclusivement respiratoire. Le placenta est, en réalité, un lieu de transit qui permet l'accès de l'oxygène jusqu'au fœtus et l'excrétion de l'acide carbonique produit des phénomènes vitaux dont ce dernier est le siège.

Les principaux arguments que l'auteur invoque, en les rangeant par ordre d'importance sont les suivants :

I. — La présence constante, pendant toute la durée de la gestation, de principes nutritifs dans le liquide amniotique.

II. — L'absorption certaine par un fœtus en voie de développement et à peine fourni d'une peau excessivement mince, d'une certaine quantité des liquides nourriciers dans lesquels il baigne constamment.

III. — La perméabilité, a une époque précoce, du tube digestif et l'introduction fatale dans ce canal, en vertu des principes hydrostatiques, du liquide amniotique albumineux.

IV. — La présence, à son jugement du moins, de produits de bon aloi (bona fide) de la digestion, ou de méconium dans le gros intestin.

V. — La présence de l'urine dans la vessie et de la bile dans le portion supérieure de l'intestin, qui sont normalement leurs points de destination.

VI. — Les conditions mécaniques qui empêchent la nutrition directe par le placenta, et l'impossibilité matérielle pour le fœtus de se nourrir par cette voie avant la formatien de cet organe et celle de la vésicule ombilicale.

Le Dr Anderson développe ensuite d'une façon plus ou moins détaillée ces différents articles. Mais il accorde une importance toute particulière à la présence constante de l'albumine et de substances nutritives dans le liquide amniotique.

Si, conformément à l'avis de plusieurs physiologistes, ce fluide est exclusivement destiné à jouer le rôle de *coussin-liquide*, pourquoi sa grande richesse en albumine? La nature n'aurait donc procuré ce moyen de protection au fœtus qu'au prix d'un expédient bien coûteux, bien pénible, bien fatigant pour la mère; il y aurait là une *anomalie physiologique*. Si, d'après une autre théorie, le liquide amniotique n'est dû qu'à l'émission des urines fœtales dans la cavité de l'amnios il faudrait pour expliquer cette présence de l'albumine admettre une affection brightique commune à tous les fœtus, et qui évoluerait sans entraîner aucune conséquence fâcheuse! Comment d'ailleurs expliquerait-on, dans ce cas, la présence de l'albumine à une époque antérieure à celle du développement des organes urinaires? Or, le liquide amniotique, contrairement à une opinion très répandue est, si on le compare au poids du corps fœtal, en quantité plus considérable au début qu'à la fin de la gestation.

D'où vient donc le liquide amniotique?

« Il y a, dit l'auteur, sur la face placentaire du chorion un fin réseau capillaire, ce sont ces vaisseaux qui paraissent être les agents immédiats de l'excrétion de ce liquide. »

Si le liquide amniotique contient autant d'albumine et de matériaux nutritifs c'est que: loin de représenter simplement un produit d'excrétion, comme le veulent certains auteurs, il est spécialement destiné à la nutrition du fœtus.

En outre, la perméabilité du tube digestif, dès la sixième semaine, amène fatalement l'introduction de ce liquide. Et les substances diverses que l'on rencontre dans ce canal témoignent, en raison même de leur nature (bile, mucus intestinal...), en raison aussi du degré plus ou moins avancé d'une élaboration incontestable, de l'existence sinon d'une digestion parfaite, tout au moins d'un travail de sélection des substances alimentaires.

D'ailleurs, ajoute l'auteur, il n'est pas vraisemblable que l'organisme fœtal soit une machine tellement bien réglée qu'elle se mette « *en mouvement* » juste au moment de la naissance.

Si la fonction respiratoire ne s'accomplit pas dès le début, c'est qu'il existe des conditions mécaniques majeures incompatibles avec son fonctionnement. Mais rien de semblable ne rend impossible la digestion, l'assimilation, etc. Il y a des tissus, la cornée par exemple, qui, durant toute la vie, se nourrissent en vertu de phénomènes d'absorption à l'exclusion de tout apport sanguin. Or il est probable que,

chez le fœtus, les choses doivent se passer de la sorte avant la formation de la vésicule ombilicale et du placenta. Ce mode de nutrition, conclut l'auteur, doit vraisemblablement se continuer pendant toute la durée de la vie intra-utérine. *Am. Journ. of. Obstetrics.* Août 1884.)

Un cas d'hydropisie aiguë de l'amnios suivi de quelques remarques sur la pathogénie de cette affection, par le Dr Ch. Green. — Nous ne trouvons dans les débuts de ce fait clinique rien qui mérite d'être particulièrement signalé. Aussi arrivons-nous immédiatement à l'intervention. Il s'agissait d'une personne âgée de 29 ans qui, dès le troisième ou le quatrième mois de sa grossesse, constata que son ventre grossissait d'une façon insolite. Ce développement se fit avec une rapidité et dans des proportions telles qu'au cinquième mois, cette femme était dans des conditions déplorables. Elle ne pouvait rester dans aucune position, ne dormait plus, se sentait dépérir, et se croyait absolument sur le point *d'éclater*. Le Dr Ch. Green se décida alors à provoquer l'accouchement prématuré. A ce moment la circonférence abdominale, au niveau de l'ombilic, mesurait 975 millimètres, et la distance de l'appendice xiphoïde au pubis 45 centimètres.

L'intervention eut lieu le 21 mars à 10 h. 30 du matin. Le col était mou et béant, l'orifice interne permettait l'introduction de deux doigts. Le Dr Green se servit d'un cathéter en gomme élastique muni de son mandrin, et fortement recourbé à son extrémité sur une longueur de 25 millimètres environ. Il le glissa entre l'œuf et les parois utérines de façon à le faire remonter assez haut. Retournant alors brusquement le cathéter, il rompit les membranes en un point élevé et retira le mandrin. Il s'écoula par le cathéter trois litres de liquide amniotique, et l'utérus s'abaissa de façon à n'être plus qu'à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. La femme ne subit aucun choc et ressentit un grand bien-être. On put alors nettement apprécier des mouvements fœtaux actifs. Pendant trois quarts d'heures environ, il y eut des douleurs utérines légères, qui cessèrent en laissant la femme très soulagée. Elle put s'alimenter suffisamment et bénéficier d'un sommeil réparateur.

Le 23 mars à 2 heures du matin les contractions s'établirent, mais plus énergiques ; à 1 h. 15, l'orifice était dilaté et les douleurs expulsives commencèrent. Un fœtus en présentation du sommet, en posi-

tion O. I. D. P., s'engagea rapidement dans le bassin, le mouvement de rotation s'accomplit, et l'enfant arriva au monde cinquante minutes à peine après le début du travail. Presque aussitôt un second fœtus apparut au détroit supérieur, en position O.I.A. Mais dans l'intervalle de deux contractions, la tête se déplaça et fit place à l'épaule. Les douleurs devinrent alors être très violentes, et en trente minutes, l'accouchement se termina par le mécanisme de l'évolution spontanée, *corpore conduplicato.*

Les suites de couches furent absolument normales.

Les dangers associés aux cas de cette nature, sont :

1° Le *choc*, qui résulte de la soustraction brusque d'une quantité considérable de liquide amniotique et des désordres circulatoires consécutifs.

2° *L'hémorrhagie post-partum* que favorise l'affaiblissement de la tonicité musculaire de l'utérus, causé par la distension exagérée de la matrice.

C'est pour prévenir ces deux complications, que le Dr Green avait rompu les membranes en un point élevé. La soutraction lente et partielle du liquide amniotique avait détourné le choc. En outre, le répit qui avait permis à la femme de s'alimenter, de reprendre des forces, avait sans doute donné le temps à la matrice de recouvrer en partie sa tonicité, ce qui était une sauve-garde contre l'hémorrhagie.

L'auteur passe ensuite minutieusement en revue les opinions diverses émises sur la pathogénie, encore obscure de l'hydramnios. Les auteurs, dont les noms ont le plus d'autorité dans ces sortes de question, mettent en cause :

1° Les capillaires de la peau ;

2° Le réseau capillaire décrit par Jungbluth, réparti sur la surface du chorion qui répond au placenta et qui s'anastome avec les vaisseaux du cordon.

3° Les reins.

Les hydropisies de l'amnios pourraient donc provenir de deux sources : *de désordres survenus chez le fœtus, ou de désordres survenus dans la circulation placentaire.*

Spiegelberg a émis l'opinion que les nombreux vaisseaux de la caduque vraie, après qu'elle s'est unie à la caduque réfléchie, peuvent laisser transuder une certaine quantité de liquide dans la cavité amniotique. Mais C. Braun repousse cette théorie. Il pense que cette

transudation s'effectue entre l'œuf et l'utérus constituant ainsi le phénomène de l'hydrorrhée gravidique, qu'elle peut même quelquefois se faire entre l'amnios et le chorion, simulant alors peut-être mais ne créant jamais l'hydramnios vraie.

Enfin, Otto Kustner, fondant sa théorie sur quelques autopsies, fait jouer un rôle essentiel à la cirrhose hépatique. La veine porte, en raison de ses anastomoses, peut être considéré comme possédant deux systèmes de ramification; l'un intra-fœtal, l'autre placentaire. Aussi sa compression, consécutive à la sclérose du foie, amène-t-elle un surcroit de la tension vasculaire au niveau de ces deux zones de distribution, d'où des transsudations qui peuvent être plus ou moins retardées par une suractivité cardiaque compensatrice. Les ramifications intra-fœtales donnent lieu aux ascites, les ramifications placentaires à l'hydramnios.

La seule condition indispensable à cette transsudation, dit l'auteur américain, me paraît être la stase veineuse. Que le désordre primordial siège dans le cœur, le foie, ou ailleurs, cela importe peu; l'essentiel est l'exagération de la pression sanguine. Il ne paraît pas non plus invraisemblable que l'enroulement excessif d'un long cordon ombilical, compliqué de compressions inopportunes, puisse entraîner des désordres circulatoires de cette nature. De même une hype rémie active des reins, combinée à une augmentation de la pression artérielle sous la dépendance d'une hypertrophie cardiaque, peut donner lieu à une hypersécrétion urinaire et par suite à l'hydropisie de l'amnios.

La pathogénie de l'amnios est donc encore entourée d'obscurité; mais déjà des observations récentes ont jeté quelque lumière sur ce point, et il est certain qu'on arrivera à découvrir les causes de cette affection comme on a découvert celles de maladies qui étaient autrefois aussi peu connues. (*Boston medical and surgical Journal*, p. 121 et seq.).

De la chorée pendant la grossesse. — Deux observations de manifestations choréiques développées au court de la grossesse sont le point de départ de cette revue. Elle est assurément intéressante en raison de la rareté de pareils cas, des incertitudes qui existent encore touchant la nature même de l'affection, et de la question pratique

qu'elle soulève. L'une des malades a été observée à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Potain, l'autre à la Pitié, dans le service de M. Brouardel. En quelques mots voici leur histoire :

Obs. I. — X..., âgée de 20 ans environ, est atteinte depuis deux ou trois mois de mouvements choréiques lorsqu'elle se présente à la consultation. Admise à l'hôpital, elle déclare avoir eu antérieurement deux attaques de chorée, l'une vers l'âge de 7 à 8 ans, l'autre au moment de l'établissement des règles. A la question de la possibilité d'une grossesse, elle répond d'une façon aussi catégorique que négative. Deux ou trois jours après son entrée à l'hospice, les mouvements choréiques, en dépit du traitement, — 6 grammes de bromure de potassium par jour, — deviennent si violents qu'on est dans l'obligation de recourir à la camisole de force. Le cinquième jour, la malade meurt *subitement*, dans la nuit.

A l'autopsie, on ne trouva rien de particulier du côté des centres nerveux, ni du côté des organes thoraciques, mais *l'utérus assez volumineux contenait un fœtus de quatre mois environ.*

Obs. II. — A..., 18 ans, entre à la Pitié, salle Trousseau, le 10 mars 1884, pour des mouvements choréiques. Elle n'a pas connaissance qu'il y ait jamais eu dans sa famille des accidents de nature nerveuse ou rhumatismale. D'ailleurs sa maladie a été causée, dit-elle, par une grande frayeur qu'elle éprouva il y a trois ans. Sous l'influence de la profonde émotion qu'elle eut, elle fut brusquement prise à cette date de mouvements qui se localisèrent alors dans le bras gauche. Un séjour assez long à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Hallopeau, qui la traita par le bromure de potassium, la débarrassa d'une façon complète des accidents.

Devenue enceinte, ayant eu ses dernières règles en novembre 1883, dans le courant du même mois, elle commença à éprouver des mouvements convulsifs d'abord dans le côté droit puis dans le membre inférieur du même côté. Elle entra en décembre à la Pitié, d'où elle sortit à peu près guérie après trois semaines de traitement environ; sirop d'iodure de fer, bains sulfureux trois fois par semaine.

Mais la guérison ne se maintint pas et la malade rentra dans le service de M. Brouardel le 10 mars. Elle y fut traitée avec succès par l'arséniate de soude. Les mouvements convulsifs s'affaiblirent et cessèrent rapidement, et à la date du mois de mai, cette femme sentait parfaitement les mouvements du fœtus. Il eût été intéressant de

savoir si cette fois la guérison s'est maintenue, si les mouvements choréiques ne se sont pas réveillés à l'occasion du travail, ou si même de nouvelles attaques n'ont pas nécessité une intervention spéciale avant le terme de la grossesse.

L'auteur fait suivre ces deux observations des statistiques empruntées aux différents auteurs sur les relations qui existent entre la chorée et la grossesse, et aborde aussi la question du traitement. L'analyse des cas rassemblés par Barnes, Fehling, Morler, Bamberg. Hervé, Spiegelberg, l'amène aux conclusions suivantes :

1° *La chorée gravidique frappe surtout les femmes jeunes, elle a son maximum de fréquence de 18 à 24 ans.*

2° *Elle s'observe surtout chez les primipares et apparait de préférence au début ou dans la première moitié de la grossesse.*

3° *Très souvent elle détermine l'avortement ou l'accouchement prématuré; enfin, lorsque les enfants naissent vivants, il arrive, assez souvent, qu'ils meurent peu de temps après l'accouchement. Alors même qu'ils sont à terme, ils sont souvent faibles et chétifs, leur nutrition ayant souffert; quelquefois même ils naissent choréiques.*

Quant au traitement des manifestations convulsives, il convient de recourir d'abord aux moyens classiques : camphre, asa fœtida, oxyde de zinc, valériane, ferrugineux et toniques, hyoscyamine, chloral, etc., etc. Dans ce cas, le Dr Wade eut recours avec succès à l'intervention conseillée par Copeman contre les vomissements incoercibles : savoir la dilatation du col. Mais ce procédé pouvant, suivant la remarque d'Hervé, provoquer l'avortement, il ne faut l'employer qu'avec la plus grande circonspection. « Enfin, ajoute l'auteur, une grave question se pose : lorsque l'agitation choréique est portée au maximum, lorsque la formation d'eschares sur différents points du corps, l'apparition de troubles cérébraux, l'épuisement qui résulte de ces mouvements perpétuels, parfois l'élévation de la température, annoncent qu'une terminaison funeste est presque inévitable, *est-on autorisé à pratiquer l'avortement ou l'accouchement prématuré artificiel ?* ». C'est une pratique que conseille Barnes, Spiegelberg, Hervé, et qui dans un cas très pressant, donna au Dr Fischi un succès complet. On a d'ailleurs remarqué que, dans la grande majorité des cas, les mouvements convulsifs cessaient très rapidement après la délivrance. (*Paris médical*, 26 juillet 1884.)

Quelques remarques sur la valeur des antéflexions de la matrice au cours de la grossesse, par le Dr Arthur de Voë. (Indiana Pa.). — Les antéflexions de la matrice coïncident souvent au cours de la grossesse avec des désordres excessivement graves, il convient de rechercher s'il n'existe pas entre eux une relation de causalité. L'auteur a recueilli quelques observations qui semblent plaider en faveur de cette opinion et il entre dans les détails de deux d'entre elles.

Il s'agissait dans l'un des cas d'une personne âgée de 24 ans qui, dès les premiers mois de sa grossesse, fut excessivement fatiguée par des nausées, des vomissements, des hémoptysies et une leucorrhée abondante. Quand le Dr Arthur de Voë la vit pour la première fois, il constata un degré très accusé d'antéversion : le fond de l'utérus reposait sur la symphyse pubienne, le col était très relevé et reporté en arrière, en outre, l'orifice externe était le siège d'une ulcération très étendue. En raison du mauvais état général de sa cliente, il ne se préoccupa d'abord que de l'ulcération qu'il guérit par des applications de nitrate d'argent. Mais, en même temps, il avait mis la femme à un régime reconstituant qui, en peu de jours, permit de traiter le déplacement de la matrice. Il replaça d'abord l'utérus en arrière, le maintint quelques instants en rétroversion, puis appliqua un pessaire à antéflexion de G. Thomas. A partir de ce moment les accidents s'amendèrent, l'état général s'améliora rapidement, la malade qui, les premiers mois, était absolument condamnée à garder le lit et le décubitus dorsal put se lever, vaquer à ses affaires ; sa grossesse évolua très régulièrement, enfin, l'accouchement eut lieu à terme, après cinq heures de travail et sans avoir présenté la moindre complication.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de 36 ans, enceinte pour la troisième fois. Arrivée au cinquième mois de sa nouvelle grossesse, elle éprouva un accident à la suite duquel elle ressentit de violentes douleurs utérines, et eut une perte sanguine. A partir de ce moment, elle ne sentit plus remuer son enfant, elle vit son ventre diminuer et fut atteinte d'un écoulement vaginal très fétide. Son état général étant devenu mauvais, elle alla consulter le Dr Arthur de Voë, mais *trois mois seulement après la date de l'accident*. Elle était donc à la fin du huitième mois de sa grossesse. Le docteur constata une antéflexion utérine très marquée, qu'il réduisit par la méthode bimanuelle, et ordonna en outre pour maintenir la réduction, l'application d'un bandage. Mais celui-ci ne fut pas mis immé-

diatement. Une heure et demie après cette intervention, les douleurs apparurent, le travail s'établit franchement et parut s'accélérer sous l'influence du bandage que la parturiente plaça à ce moment. L'accouchement se fit en quelques heures.

En présence de pareils faits, l'auteur déclare s'associer entièrement à l'opinion exprimée par le Dr Gerhand dans un excellent article, publié dans le numéro de juillet 1882 de ce journal : *Que les déplacements en avant de la matrice doivent être étudiés, dans leurs rapports avec la grossesse, les fausses couches, les positions du fœtus et le travail, avec beaucoup plus de soin qu'ils ne l'ont été jusqu'à ce jour.* (*Am. Journ. of. Obstetrics.* Août 1884.)

Relation d'une opération césarienne pratiquée en Afrique, par le Dr Felkin. — La *patiente* était une belle jeune femme de vingt années environ. Il ne fut pas permis à M. Felkin de l'examiner et il ne pénétra dans la hutte qu'au moment où l'opération allait commencer. La femme était étendue sur un lit en pente, dont le haut bout appuyait contre une des cloisons de la hutte. Du vin de banane l'avait jetée dans une sorte de demi-anesthésie. Elle était entièrement nue. Une bande de toile fixait son thorax contre le lit, une autre assujettissait ses cuisses, enfin un homme tenait ses pieds. A sa gauche, l'opérateur, tenant son couteau élevé, articulait une incantation. Les prières magiques achevées, il lava ses mains et le ventre de *sa cliente*, d'abord avec du vin de banane, puis avec de l'eau. Il poussa ensuite un cri perçant que répétèrent les quelques indigènes qui se trouvaient en dehors de la cabane. Immédiatement après, il incisa l'abdomen sur la ligne médiane. L'incision commençait un peu au-dessus du pubis et arrivait juste au-dessus de l'ombilic. Elle intéressait la paroi abdominale, et en partie la paroi utérine, ce qui amena l'écoulement du liquide amniotique. Quelques points de la première qui donnaient du sang furent cautérisés au fer rouge par un aide. L'opérateur compléta l'incision de la paroi utérine, et son aide qui avait déjà eu soin de maintenir écartés les bords de la plaie abdominale, accrocha avec un doigt chacune des lèvres de l'incision utérine. L'enfant fut rapidement extrait et remis à un autre assistant après section du cordon ombilical. L'opérateur, laissant

alors tomber son couteau, saisit la matrice contractée entre ses deux mains et la serra deux ou trois fois. Puis, ayant introduit la main droite par l'incision, dans la cavité utérine, il dilata le col et enleva les caillots ainsi que le placenta qui s'était spontanément décollé, pendant que son aide mettait tous ses soins à prévenir la sortie des intestins. Il continua à comprimer l'utérus jusqu'à ce que cet organe fut fortement rétracté. On ne plaça aucune suture au niveau de la plaie utérine. L'aide qui avait maintenu écartés les bords de l'ouverture abdominale, ayant glissé ses mains jusqu'aux extrémités de l'incision, on appliqua sur celle-ci une sorte de coussinet, fait avec des herbes entrelacées, que l'on fixa à ce niveau. On coupa alors les liens qui maintenaient la femme et on la tourna avec précaution sur le bord du lit, puis elle fut prise dans les bras d'un aide et tenue de façon à ce que le liquide épanché dans la cavité abdominale pût librement s'écouler. On la replaça ensuite dans sa position première, et le coussinet en herbes enlevé, on rapprocha les bords de la plaie péritonéale à l'aide de pointes en fer parfaitement aiguisées et solidement fixées par des fils d'écorce. On recouvrit alors la plaie extérieure d'une sorte de pâte, faite de la pulpe extraite de deux racines différentes, et par-dessus, fut appliquée une feuille, préalablement chauffée, de bananier.

La température chez l'opérée, ne dépassa jamais 38° environ, et n'arriva à ce niveau que pendant la nuit qui suivit l'opération. L'enfant fut mis au sein deux heures après celle-ci. On enleva une des *aiguilles* (pointes), le troisième jour, trois le cinquième, et les autres le sixième. A chaque pansement, on appliquait de la pulpe fraîche, et les quelques gouttelettes du pus formé au niveau de la plaie étaient soigneusement enlevées. Onze jours après l'opération, la cicatrisation était complète, et l'opérée en excellente condition.

L'enfant, qui avait eu une légère blessure à l'épaule droite, fut pansée avec de la pulpe, qui amena la cicatrisation en quatre jours. (*Edinburgh med. Journal*, et *Detroit Lancet*. p. 25.)

Dr. R. Labusquière.

CORRESPONDANCE.

A M. Steinheil, éditeur des *Annales de Gynécologie.*

Mon cher éditeur,

Vous avez publié dans le dernier numéro des *Annales de Gynécologie*, un travail sur : *Les applications de forceps dans les variétés postérieures du sommet ou de la face.*

L'auteur écrit (page 256) : « Smellie, le premier, conseilla la rotation en avant......., elle est repoussée par Stoltz, Pajot, Grenser, etc. »

Sur le programme de mes cours à la Faculté, publié dans les *Travaux d'obstétrique et de gynécologie* (1), on lit, page 23 :

« On a proposé, même dans les positions postérieures, de « ramener l'occiput *en avant*. **Toujours le tenter**, mais *sans* « *violence*. Si on ne réussit pas, dégager en *occipito-sacrée*; le « périnée court de grands risques, et l'extraction est diffi- « cile. »

Je ne crois pas avoir besoin d'en dire davantage.

Bien à vous.

Prof. Pajot.

(1) *Travaux d'obstétrique et de gynécologie*, par le professeur Pajot. — Librairie Steinheil.

VARIÉTÉS

— **Cours d'accouchements** de MM. BAR et AUVARD. — M. Auvard a commencé le cours le lundi 3 novembre. Les leçons ont lieu chaque jour à 4 heures 1/2, 5, *rue du Pont-de-Lodi.*

Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser à M. le Dr Auvard, les lundis, mercredis et vendredis, de 1 à 3 heures, 31, rue de Lille.

— **Policlinique de chirurgie des femmes** du Dr BERRUT, rue de Bellechasse, 29. Du 1er novembre au 31 août de chaque année : le jeudi, à 9 heures. Leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte. A 10 heures : consultations ouvertes aux auditeurs inscrits. On s'inscrit de 3 à 5 heures.

— ENSEIGNEMENT LIBRE. — **Cours d'accouchements et manœuvres.** — M. le Dr VERRIER, préparateur à la Faculté de médecine, a recommencé son cours le Lundi 10 novembre 1884, à 4 heures, à son amphithéâtre, 93, boulevard Saint-Germain. Il le continuera tous les jours, à la même heure, le jeudi excepté.

On s'inscrit, de 1 à 3 heures, chez M. Verrier, 129, rue Saint-Honoré.

Un nouveau cours recommencera tous les mois.

— Hier, 14 novembre, **la Société obstétricale et gynécologique de Paris** s'est réunie à la Faculté, sous la présidence provisoire de M. le professeur Pajot, pour commencer la discussion de ses statuts et de son règlement.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Les *Annales de Gynécologie* ont recu :

Leçons cliniques sur la menstruation et ses troubles, par T. GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. PARENT, imp. de la Fac. de médec., A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue M.-le-Prince, 14.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1884

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

La troisième réunion préparatoire de la Société obstétricale et gynécologique de Paris a eu lieu le vendredi 21 novembre, à 8 heures du soir, salle des Thèses de la Faculté. Dans cette séance, ont été discutés les statuts suivants, qui ont été définitivement adoptés :

STATUTS

TITRE Ier. — *Constitution de la Société.*

Art. 1er. — La Société obstétricale et gynécologique de Paris est fondée dans le but de concourir aux progrès de l'obstétrique et de la gynécologie.

Art. 2. — La Société se compose :

1° de membres titulaires au nombre de......	30
2° de membres associés nationaux...........	5
3° de membres associés étrangers...........	5
4° de membres correspondants nationaux....	30
5° de membres correspondants étrangers.....	30
	100

6° de membres honoraires.

Art. 3. — Sont membres fondateurs titulaires, les médecins, chirurgiens et accoucheurs ayant fait jusqu'à ce jour, 21 novembre 1884, acte d'adhésion à la Société.

Art. 4. — Le nombre des membres fondateurs titulaires est arrêté au chiffre des adhésions données le 21 novembre 1884, mais la Société ne devant compter que 30 membres titulaires, il ne sera pas procédé à de nouvelles élections tant que le nombre actuel des membres fondateurs titulaires ne sera pas descendu au-dessous de 30.

Art. 5. — Pourra, sur sa demande, être nommé membre honoraire, tout membre fondateur ayant participé depuis deux ans aux travaux de la Société.

Art. 6. — Pourra, sur sa demande, être nommé membre honoraire, tout membre titulaire ayant fait partie de la Société pendant dix ans.

Art. 7. — Pourront être nommés membres honoraires, les savants qui, sans être des accoucheurs ou des gynécologues, se livrent à l'étude des sciences se rapportant au but de la Société.

TITRE II. — *Conditions d'admission.*

Art. 8. — Tout candidat au titre de membre titulaire doit lire, en séance publique, un travail inédit.

Art. 9. — Toute demande d'admission, à quelque titre que ce soit, est renvoyée à l'examen d'une commission de trois membres, qui fera un rapport sur l'honorabilité et les titres scientifiques du candidat.

Art. 10. — Toute élection a lieu au scrutin secret, à la majorité absolue des votants.

Art. 11. — L'élection a lieu immédiatement après la lecture du rapport de la commission.

Si aucun candidat n'obtient la majorité des suffrages, il est procédé à un second tour de scrutin. Dans le cas où le même fait se reproduirait, on procédera pour le troisième tour à un scrutin de ballotage entre les deux candidats qui auront

obtenu le plus grand nombre de voix. Le candidat ayant obtenu la majorité sera considéré comme élu.

TITRE III.

Art. 12. — La Société se réunit en séance ordinaire une fois par mois.

Art. 13. — Les séances sont publiques, mais la Société se réserve le droit de se former en comité secret toutes les fois qu'elle le juge opportun.

Art. 14. — Le bureau se compose :

1° D'un président ;

2° De deux vice-présidents ;

3° D'un secrétaire général ;

4° D'un secrétaire des séances ;

5° D'un trésorier archiviste.

Art. 15. — Les vice-présidents sont choisis : un parmi les chirurgiens et un parmi les médecins, si le président est un accoucheur, et réciproquement à tour de rôle.

Art. 16. — 1° Le président n'est pas immédiatement rééligible ;

2° Le premier vice-président passe de droit président l'année suivante ;

3° Le second vice-président passe de droit premier vice-président l'année suivante ;

4° Le secrétaire-général est élu pour trois ans et est rééligible.

5° Le trésorier archiviste est rééligible.

Art. 17. — Le bureau fait fonction de commission permanente et de conseil de famille.

Après l'adoption des statuts les membres fondateurs présents, au nombre de 21 : MM. Pajot, Alphonse Guérin, Porak, Ferdut, Thévenot, Avrard, Loviot, Greslou, Lutaud, Gallard, De Soyre, Dumontpallier, Doléris, Verrier, Nivert, Martineau, Guéniot, Polaillon, Charpentier, Auvard, Pozzi, ont procédé à l'élection du bureau pour l'année 1885.

Sont nommés membres du bureau pour l'année 1885 :

Président : M. le D[r] Pajot, professeur de clinique obstétricale à la Faculté.

1[er] *Vice-président* : M. le D[r] Alphonse Guérin, chirurgien des hôpitaux, président de l'Académie de médecine.

2[e] *Vice-président* : M. le D[r] Gallard, médecin des hôpitaux.

Secrétaire-général : M le D[r] Charpentier, professeur agrégé à la Faculté.

Secrétaire des séances : M. le D[r] Auvard, aide de laboratoire à la clinique d'accouchements de la Faculté.

Trésorier archiviste : M. le D[r] Pozzi, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté.

Une commission composée de MM. Pajot, Charpentier, Guéniot, Gallard et Pozzi, est chargée de l'élaboration d'un projet de règlement, qui sera soumis à l'approbation des membres de la Société dans le courant de décembre 1884.

La première réunion de la Société aura lieu dans le courant de janvier 1885.

Liste des membres fondateurs titulaires de la Société de gynécologie de Paris.

MM. *Auvard*, ancien interne de la Maternité, aide de laboratoire à la Clinique d'accouchements de la Faculté.

Avrard, professeur libre d'accouchements.

Bailly, professeur agrégé à la Faculté.

Berger, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Bernutz, médecin de l'hôpital de la Charité.

Charpentier, professeur agrégé à la Faculté.

Devilliers, membre de l'Académie de médecine.

Doléris, chef de clinique obstétricale et gynécologique de la Faculté.

Dumontpallier, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Duplay, professeur de médecine opératoire à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Ferdut, professeur libre d'accouchements.

MM. *Gallard*, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Gillette, chirurgien de l'hôpital Tenon.

Greslou, docteur en médecine.

Guéniot, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des Enfants-Assistés, président de la Société de chirurgie.

Guérin (Alph.), chirurgien honoraire des hôpitaux, président de l'Académie de médecine.

Labusquière (R.), docteur en médecine.

Loviot, ancien interne des hôpitaux.

Lutaud, médecin adjoint de l'hospice de Saint-Lazare.

Marchand, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de la maternité de l'hôpital Cochin.

Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Nivert, ancien interne de la Maternité.

Olivier, ancien interne de la Maternité.

Pajot, professeur de clinique obstétricale et gynécologique de la Faculté.

Périer, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Polaillon, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Porak, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis.

Pozzi, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital de Lourcine (1).

Richet, professeur de clinique chirurgicale de la Faculté (Hôtel-Dieu), membre de l'Académie des sciences.

Sircdey, médecin de l'hôpital Lariboisière.

De Soyre, ancien chef de clinique d'accouchements.

Thévenot, ancien interne des hôpitaux.

Verrier, professeur libre d'accouchements, préparateur du cours d'accouchement à la Faculté.

---

(1) M. le Dr Pozzi, pour des raisons personnelles, donne sa démission de membre fondateur de la Société.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE BASIOTRIBE TARNIER.

Par le Dr A. Pinard, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux.

SUITE (1).

Le basiotribe étant connu en tant qu'instrument, je vais exposer les résultats fournis : 1° par l'expérimentation, 2° par la clinique.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES
Faites dans le but d'étudier le basiotribe Tarnier.

Ces expériences ont été faites soit à la Maternité de Paris, soit à la Clinique d'accouchements de la Faculté pendant ma suppléance. L'opération était faite tantôt par mes collègues, tantôt par moi.

Elles ont eu lieu en présence de Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité, que je ne saurais trop remercier du précieux concours qu'elle a bien voulu nous apporter pendant toute la durée de ces expériences, de mes collègues et amis les Drs Ribemont, Champetier de Ribes, Bar, Maygrier, accoucheurs des hôpitaux, Stapfer, chef de clinique adjoint de la Faculté, et Martin de Gimard, interne des hôpitaux. Le Dr Marchand, chirurgien de l'hôpital Cochin, voulut bien assister à une de nos séances.

Ces expériences sont au nombre de 17, je vais en relater cinq avec quelques détails, car elles peuvent être considérées

(1) Voy. *Annales de gynécologie*, novembre 1884.

comme types, Les autres n'ont été que la reproduction plus ou moins complète de celles-là.

Expérience I.

Mannequin de Budin et Pinard. A l'aide de la vis destinée à rapprocher le sacrum de la symphyse on produit un rétrécissement. Le diamètre promonto-pubien minimum mesure exactement 6 *centimètres*.

Fœtus mort de la veille pesant 3,720 grammes.

Diamètres de la tête : O. M., 12 cent.; O. F., 11 cent.; B. P., 10 cent.; S. O. B., 9 cent. 1/2.

Le Dr Champetier de Ribes opérant. — La tête est placée en O. I. G. T., dans une situation intermédiaire à la flexion et à l'extension. Le ventre est refermé. La tête étant maintenue par les mains d'un aide, qui pressent à travers le paroi abdominale représentée par du caoutchouc, le Dr Champetier de Ribes pratiqua la perforation à l'aide du perforateur alésoir.

Perforation lente, l'ossification des os de la voûte étant très avancée. Issue de la substance cérébrale. L'instrument est poussé jusqu'à la base et maintenu immobile dans cette situation. Introduction et placement de la première branche ou branche gauche, à gauche, à l'extrémité du diamètre transverse. Rapprochement à l'aide de la vis ou petit broiement. Cette branche fixée à l'aide du petit crochet, on relève la paroi abdominale afin d'étudier les rapports réciproques de la tête, de l'instrument, et du bassin. Après ce temps de l'opération, l'on constate que la tête s'est relevée en se défléchissant. (Voy. fig. 4.)

Si le crâne s'est relevé, la face s'est abaissée dans les mêmes proportions. La tête et l'instrument ne font qu'un. Tout mouvement de rotation ou autre, imprimé à l'instrument se transmet à la tête. Introduction de la branche droite, à droite. Grand broiement, écoulement de matière cérébrale et de sang. On voit la tête s'aplatir à travers la paroi abdominale. Le rapprochement des branches étant complet, on relève la paroi abdominale, et l'on constate que la tête est broyée, mais non

suivant une ligne passant par les pôles de la sphère céphalique. Les parties qui sont de chaque côté de l'instrument sont inégales. La partie antérieure est beaucoup plus volumineuse que la partie postérieure. L'œil gauche est sorti de l'orbite, le droit est intact. La voûte, la base, la face du côté gauche sont broyées et aplaties, l'aplatissement est moins considérable à droite. Les grands diamètres de la tête sont en rapport avec le diamètre antéro-postérieur du bassin. Un mouvement de rotation place les grands diamètres en rapport avec le diamètre transverse du bassin. Et l'on constate qu'il faudrait des tractions énergiques pour faire engager la tête. On désarticule les deux branches, et on les retire successivement. Le perforateur est laissé en place. On introduit la branche gauche, et à l'aide de la main seule, on la fixe au perforateur à l'aide du petit crochet, on introduit la branche droite et on procède au grand broiement à l'aide de la vis. Ecoulement de matière cérébrale. Rapprochement complet. On constate alors que la tête a la forme d'un disque dessinant le diamètre antéro-postérieur du bassin. Les deux cuillers ont été appliquées en deux points diamètralement opposés à ceux de la première application. Le mouvement de rotation étant effectué, la tête s'engage spontanément dans l'excavation. Tous les os de la voûte et de la base sont broyés. Aucune esquille saillante.

EXPÉRIENCE II.

Mannequin de Budin et Pinard. — Diamètre promonto-pubien minimum, 7 *centimètres* 5 *millimètres*.

Fœtus pesant 3,020 grammes.

Le Dr Pinard opérant. La tête placée en O. I. D. T., dans une situation intermédiaire à la flexion et à l'extension, est maintenue à travers la paroi abdominale par les mains d'un aide. Perforation assez pénible.

Introduction et placement de la branche gauche à gauche. Petit broiement. La paroi abdominale étant relevée, on constate que le premier broiement a eu pour effet de relever la tête

en la fléchissant. (Voy. fig. 4.) La face est relevée et l'occiput est abaissé. La branche droite est introduite et placée à droite, articulation et grand broiement. Issue de matière cérébrale. Le rapprochement étant complet, on relève la paroi abdominale. Les grands diamètres de la tête sont en rapport avec le diamètre antéro-postérieur du bassin. Les dimensions de la tête prises de suite, sont les suivantes :

Diamètre maximum : 10 cent. ; entre les cuillers, 3 cent. ; De chaque côté des cuillers, 6 cent.

Le mouvement de rotation effectué, la tête s'engage spontanément. Tous les os de la voûte et de la base sont broyés. Pas d'esquille saillante.

Expérience III.

Mannequin de Budin et Pinard. — Diamètre promonto-pubien minimum de 4 *centimètres.*

Fœtus pesant 1,870 grammes. Face placée en M. I. D. T.

Le Dr Ribemont opérant. — Tête maintenue à travers la paroi abdominale. Perforation au niveau de l'orbite gauche facile ; écoulement de matière cérébrale. Introduction et placement de la branche gauche. Petit broiement. La tête s'est défléchie, le menton s'est abaissé et l'occiput s'est relevé. (Voy. fig. 8.) Introduction et placement de la branche droite assez pénible. Grand broiement. La partie postérieure de la tête est broyée, la partie antérieure l'est moins. Mouvement de rotation mettant les grands diamètres de la tête en rapport avec les grands diamètres du bassin. Désarticulation de l'instrument. Difficultés pour retirer les branches. Le perforateur laissé en place et maintenu en rapport avec la base. Réapplication des branches l'une à droite, l'autre à gauche, deuxième broiement. Le mouvement de rotation s'est effectué spontanément pendant ce temps de l'opération. La tête s'engage et passe avec la plus grande facilité à travers la filière pelvienne, Mais le tronc ne peut s'engager. Sous l'influence des tractions faites à l'aide de l'instrument encore appliqué sur la tête, il y

a un léger engagement des épaules, mais bientôt on constate une élongation du cou, et un craquement indique une disjonction des vertèbres. Cessant alors les tractions, le Dr Ribemont va avec le doigt accrocher l'épaule gauche et dégage le bras, puis il dégage ensuite de la même façon le bras droit. Exerçant alors des tractions sur la tête à l'aide du basiotribe et sur les deux bras, le tronc s'engage et passe assez facilement.

Tous les os de la voûte et de la base sont broyés, aucune esquille saillante.

Expérience IV.

Mannequin de Budin et Pinard. — Diamètre promonto-pubien minimun, mesurant 5 *centimètres.*

Fœtus pesant 3,120 grammes.

Le Dr Pinard opérant. — Face placée en M. I. G. T.; très peu défléchie. Perforation facile au niveau du frontal, empiétant plus sur le côté droit que sur le côté gauche. Issue de matière cérébrale. Introduction et placement de la branche gauche. Petit broiement. On constate alors que la tête s'est légèrement fléchie. (Voy. fig. 10.) Le menton s'est relevé, le bregma s'est abaissé. Introduction et placement de la branche droite à droite. Grand broiement. On constate que la moitié postérieure de la voûte et de la base est seule bien aplatie. La rotation est effectuée. Les deux branches sont retirées sans difficulté. Le perforateur est maintenu en place et en rapport avec la base. Réintroduction des deux branches. Deuxième broiement. Aplatissement complet. La rotation s'est produite spontanément pendant le broiement. La tête s'engage spontanément et passe facilement à l'aide de quelques légères tractions. Le tronc ne s'engage pas. On a recours à la manœuvre employée lors de la troisième expérience, par le Dr Ribemont et on dégage successivement les deux bras. Des tractions exercées sur l'instrument resté appliqué sur la tête et sur les bras amènent le tronc au dehors.

Tous les os de la voûte et de la base sont broyés. Il n'y a pas d'esquille saillante.

EXPÉRIENCE V

Mannequin de Budin et Pinard. — Diamètre promonto-pubien minimum, mesurant 4 *centimètres.*

Fœtus pesant 1,310 grammes.

Tête dernière. L'occiput à droite. Le tronc relevé et immobilisé.

Le Dr Pinard opérant. La perforation, assez pénible, est pratiquée au niveau de l'écaille de l'occipital. Ecoulement de matière cérébrale. La branche gauche est introduite et placée à gauche. Petit broiement, la tête s'est légèrement défléchie. La branche droite est introduite avec un peu de difficulté entre le tronc et l'instrument. Voulant savoir si le décroisement serait possible, cette branche est désarticulée, retirée, et réintroduite en arrière du tronc et de la branche gauche. Le décroisement s'opère très facilement. — Grand broiement. Aplatissement de la tête et passage facile de cette dernière à travers le bassin de 4 centimètres.

Tous les os de la voûte et de la base sont broyés. Il n'y a pas d'esquille saillante.

Préférant donner place dans ce travail aux expériences faites par d'autres, je ne transcrirai que le sommaire des douze autres expériences.

EXPÉRIENCE VI.

Bassin métallique de la Maternité. — Diamètre promonto-pubien minimum 6 *cent.* — Fœtus pesant 3,050. — Face en M. I. D. P. ; un seul broiement. Passage facile de la tête.

EXPÉRIENCE VII.

Bassin métallique de la Maternité. — Diamètre promonto-pubien minimum de 5 *cent.* — Fœtus pesant 1,870 g. — Tête dernière, un seul broiement. — Passage facile de la tête.

EXPÉRIENCE VIII.

Bassin métallique de la Maternité. — Diamètre promonto-pubien minimum de 4 *cent.* — Fœtus pesant 1,720 gr. Face en M. I. G. T. — Deux broiements sont nécessaires, ainsi que la manœuvre du Dr Ribemont pour dégager le tronc.

EXPÉRIENCE IX.

Mannequin de Budin et Pinard. — Diamètre promonto-pubien minimum 7 *cent.* — Fœtus pesant 4,130 gr. — Sómmet en O. I. D. P. — Un seul broiement permet l'engagement spontané de la tête.

EXPÉRIENCE X.

Mannequin de Budin et Pinard. — Diamètre promonto-pubien mimimum de 6 *cent.* — Fœtus pesant 3,150 gr. — Face en M. I. G. T. — Perforation au niveau de la voûte palatine très pénible. — Deux broiements, passage facile.

EXPÉRIENCE XI.

Mannequin de Budin et Pinard. — Diamètre promonto-pubien minimum mesurant 5 *cent.* — Fœtus pesant 2,300 gr. — Sommet O. I. D. T. — Un seul broiement. Engagement spontané, passage facile.

EXPÉRIENCE XII.

Bassin métallique de la Maternité. — Diamètre promonto-pubien minimum de 7 *cent.* — Fœtus de 2,500 gr. — Sommet en M. I. D. T. — Perforation facile au niveau de l'orbite. — Un seul broiement. — Passage facile.

EXPÉRIENCE XIII.

Mannequin de Budin et Pinard. — Diamètre promonto-pubien minimum de 5 *cent.* — Fœtus de 2,500 gr. — Sommet en O. I. D. T. — Un seul broiement. — Passage facile.

Expérience XIV.

Mannequin de Budin et Pinard. — Diamètre promonto-pubien minimum de 6 *cent.* — Fœtus pesant 3,500. — Sommet en O. I. G. T. — Un seul broiement. — Passage facile.

Expérience XV.

Mannequin de Budin et Pinard. — Diamètre promonto-pubien minimum de 5 *cent.* — Fœtus pesant 2,800 gr. — Sommet en O. I. D. T. — Un seul broiement. — Passage facile.

Expérience XVI.

Bassin artificiel du Dr Stapfer (1). — Diamètre promonto-pubien minimum de 7 *cent.* — Fœtus de 4,300 gr. — Face; perforation pénible au niveau du front sur la ligne médiane. — Un seul broiement. — Passage facile.

Expérience XVII.

Bassin artificiel du Dr Stapfer. — Diamètre promonto-pubien minimum de 4 *cent.* — Sommet en O. I. D. T. — Fœtus pesant 2,400 gr. — Un seul broiement. — Manœuvre du Dr Ribemont pour le dégagement du tronc.

Il m'est arrivé plusieurs fois de pratiquer de nouvelles perforations et de nouveaux broiements sur des têtes m'ayant déjà servi dans les expériences relatées ci-dessus, et jamais je n'ai eu l'occasion de constater l'existence d'esquilles ou de saillies osseuses pouvant produire des lésions au niveau des parties maternelles.

---

(1) Ce bassin artificiel, imaginé par le Dr Stapfer, chef de clinique adjoint de la Faculté, est très ingénieusement conçu, et est appelé à rendre les plus grands services pour les répétitions des opérations obstétricales.

Expériences faites par le Dr E. Truzzi (1).

Mes expériences, dit le Dr Truzzi (2), sont au nombre de 9. « J'ai dû me servir de bassins viciés naturels, en ayant soin de ne pas les détériorer. J'ai dû aussi employer, tantôt des fœtus avant terme, tantôt des nouveau-nés morts au bout de quelques semaines, et j'ai tâché de proportionner le rétrécissement au volume de l'enfant. »

EXPÉRIENCE I.

Fœtus bien développé. — Bassin artificiel, scoliotique, rachitique. — Sommet au détroit supérieur en O. I. D. T. — Basiotripsie.

Dimensions du fœtus (garçon) : Longueur totale, 53 (du sommet à l'ombilic, 27). — Diamètres : Bipariét., 9,5. — Bimast., 7,8. — Bimalaire, 7,6. — O. M., 13,5. — Bi-acrom., 12,5. — Fontanelles et sutures plutôt étroites. — Ossification avancée.

Dimensions du bassin : *Conj. vrai*, 8. — Diam. minimum, 7,9. — Transv., 12,5. — Oblique dr., 12,6. — Obl., g., 10,9.

Le fœtus est placé en présentation du sommet O. I. D. T. Craniotomie avec la branche perforatrice du basiotribe laborieuse, soit à cause de l'ossification de la voûte, soit à cause de l'insuffisance de l'instrument. L'opérateur éprouve une grande fatigue au niveau des doigts qui dirigent l'instrument par suite du frottement contre leur face palmaire des quatre lamelles coupantes à chaque mouvement de rotation.

Evacuation rapide du cerveau. La pointe fixée contre la base

(1) *Sui Basiotribo Tarnier ; studi ed esperienze*, pel dottore Ettore Truzzi, libero docente di ostetricia e 1° assistente presso la R. Scuola ostetricia pariggiata in Milano, diretta dal prof. Cav. E. Porro. (Milano, 1884.)

(2) Je dois à mon excellent collègue et ami le Dr Léon Dumas, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, la traduction *in extenso* du mémoire intéressant du Dr Truzzi. Je suis heureux de lui adresser ici mes plus vifs remerciements.

du crâne, la branche gauche est appliquée en plein sur la face, la vis est serrée, et l'on voit d'une part, la cuiller pénétrer dans les parties molles de la face, d'autre part l'orifice de pénétration dans la voûte du crâne s'élargir sans déplacement notable. Le petit crochet est mis, la vis est enlevée, la branche droite appliquée facilement sur la nuque, et la compression reprise graduellement; elle s'accompagne de l'issue de quelques restes de substance cérébrale. Avant de tirer, on imprime une légère rotation pour amener le diamètre le plus réduit dans le diam. obl. gauche le plus retréci. Quelques tractions suffisent pour faire descendre la tête dans l'excavation, puis au dehors.

Examen de la tête : aspect d'une galette, diamètres transverses et verticaux un peu augmentés, antéro-postérieurs très raccourcis. Les cuillers du basiotribe ont creusé des sillons très profonds ; les deux yeux sont sortis de l'orbite, et la langue est hors de la bouche.

Le disque céphalique mesure : dans le sens transversal, 8,5; vertical, 12,1 ; d'avant en arrière, au niveau des deux saillies latérales, 5,3, et au niveau de la distance maximum entre les deux cuillers, 4,2.

A l'intérieur, fracture comminutive atteignant le corps du sphénoïde, grâce à laquelle les deux moitiés antérieure et postérieure de la base du crâne se sont repliées l'une vers l'autre, de sorte que les voûtes orbitaires et la lame criblée de l'ethmoïde touchent presque l'écaille de l'occipital. Un pareil reploiement de la base a entraîné des fractures multiples sur les deux pariétaux, de la partie écailleuse des temporaux et surtout une fracture étendue au niveau de la charnière fibro-cartilagineuse de l'occipital, les deux rochers sont luxés et détachés.

Expérience II.

Enfant bien développé, mort quelques jours après la naissance. — Bassin comme dans l'expér. I. — Sommet en O.I.G.T. — Basiotripsie.

L'enfant (garçon) mesure : longueur, 53. — Diam. bipariét., 10,2. — Bimastoïdien, 8,2. — Bimalaire, 7,4. — F., 12. — O. M., 13,3. — Biacromial, 11,8.

Fontanelles petites, sutures étroites, ossification avancée.

Application comme ci-dessus. Extraction facile. Fractures et luxation tout à fait comme dans la première expérience.

Expérience III.

Enfant peu développé. — Bassin rachitique naturel, généralement et considérablement rétréci. — Sommet en O. I. G. T. — Basiotripsie.

L'enfant (fille) mesure : longueur, 48. — Diam. bipariét., 8.5. — Bimast., 7,2. — Bimal., 7. — O. F., 10,5. — O. M., 13. — Bassin : *conj. vrai*, 4,1. — transv., 12,1. — Obl. dr., 9,5. — G., 9,8. — Microcorde dr., 4,2. — G., 4,6. — Sommet au détroit sup., en O. I. G. T.

Craniotomie comme d'habitude, difficile, surtout pour éviter le contact de la pyramide perforante contre le promontoire. Evacuation du cerveau par injection d'eau chaude. Pointe fixée à la base, branche gauche sur la protubérance occipitale externe : constriction ; branche droite sur la face, le menton, la bouche et le nez passant dans la fenêtre. Constriction qui donne à la tête une forme discoïde. Légère rotation pour placer les diam. réduits dans le diam. obl. dr. (le plus petit), ce qui place l'écaille de l'occipital vers la symphyse sacro-iliaque gauche. Quelques tractions légères entraînent la tête. L'extraction des épaules est longue et laborieuse.

Tête en galette, exophthalmie double, saillie de la langue, allongement des diam. transv. et verticaux, raccourcissement des diam. ant. et post.

Fractures multiples de la voûte, fracture comminutive presque complète du corps du sphénoïde, permettant au doigt de pénétrer dans le crâne par la bouche du fœtus ; la base est

ployée en deux comme plus haut. Le maxillaire infér. fracturé aussi.

Expérience IV.

Enfant considérablement développé. — Bassin rachitique de l'expérience III. — Sommet en O. I. D. T. — Basiotripsie. — Cranioclaste de Braun.

L'enfant (fille) mesure : long., 51. — Diam. bipariét., 9,4. — Bimast., 7,8. — Bimalaire, 7,7. — O. F., 12. — O. M., 13. — Biacromial, 12. — Ossification de la tête plutôt avancée. — Sutures étroites. — Fontanelles petites. — Tête au détroit infér. en O. I. D. T.

Crâniotomie difficile et laborieuse. — Excérébration. Branche gauche sur la face. Constriction. Branche droite sur la région cervicale. Constriction. Tête aplatie en forme de disque. Légère rotation à gauche pour placer la tête réduite dans le diam. obl. dr. Tractions soutenues sans engagement. Rotation continuée jusqu'à ce que la concavité de l'instrument regarde la moitié gauche du bassin et que la portion aplatie de la tête soit dans le diam. sacro-pubien. Nouvelles tractions prolongées sans résultat à cause de deux saillies latérales énormes, dures comme des pierres, recouvrant entièrement les cuillers, surtout à droite et qui sont arrêtées par la ligne innominée.

Le basiotribe est retiré. Application du cranioclaste de Braun sur la face. Tractions énergiques pendant lesquelles la tête se moule sur le bassin et arrive au dehors.

Fractures multipliées de la voûte, dissociation extraordinaire de la base, luxation de l'écaille de l'occipital sur la portion basilaire, rochers très mobiles et fracturés vers le sommet, fracture de la selle turcique : cette dernière a certainement facilité la déflexion de la face et la prise favorable du cranioclaste.

Expérience V.

Enfant peu développé. — Bassin rachitique naturel, généralement et irrégulièrement rétréci. — Sommet en O. I. D. T. — Basiotripsie. — Cranioclaste de Braun.

Dimensions de l'enfant (fille) : long. 49. — Diam. bipariét., 8,5. — Bimast., 7,6. — Bimalaire, 7,1. — O. F., 11. — O. M., 12,5.

Dimensions du bassin : *conj. vrai*, 5,1. — Transv., 12,6. — Obl. dr., 10,6. — G., 11,7. — Microcorde droite, 4,5. — G., 4,6. — Entre les épines iliaques, 23. — Entre les crêtes, 21,5.

Sommet en O. I. D. T.

Basiotribe appliqué comme d'habitude. Rotation vers la gauche avant de tirer. Tractions infructueuses à cause des deux saillies latérales. J'essaie, en retirant la branche droite, d'employer les deux autres en guise de cranioclaste. La tête se moule en effet et descend dans la partie supérieure de l'excavation, mais les deux branches lâchent prise et abandonnent la voûte crânienne en emportant seulement un petit lambeau du cuir chevelu.

Application du cranioclaste de Braun sur la face et extraction au moyen de quelques efforts.

Lésions absolument semblables à celles des cas précédents.

Expérience VI.

Fœtus macéré, presque à terme. — Basiotripsie.

Expérience tentée pour essayer la puissance et la sûreté de prise du basiotribe sur une tête ramollie et à os mobiles. Les épaules étant immobilisées et le basiotribe étant appliqué sur la tête, je pratiquai des tractions très énergiques jusqu'à ce que la tête ait été séparée du tronc. Je constatai que la prise n'avait varié que de quelques lignes.

Expérience VII.

Fœtus peu développé, affecté de spina bifida. — Bassin rachitique de l'expérience III. — Sommet en O. I. D. T. — Basiotripsie.

Dimensions de l'enfant : longueur, 50. — Diam. bipariét., 8,4. — Bimast., 7,2. — Bimalaire, 7,2. — O. F., 10,5., — O. M., 12. — Biacromial, 10,5.

Sommet en O. I. D. T. Craniotomie, beaucoup de liquide céphalo-rachidien, peu de substance cérébrale. Branche gauche sur la face. Constriction pendant laquelle la tête tourne un peu sur son axe longitudinal et place la région malaire droite sous la cuiller et l'occiput vers la symphyse sacro-iliaque droite. Branche gauche sur la région temporo-malaire gauche. La face est complètement broyée, mais la partie postérieure du crâne restée intacte forme une sallie volumineuse mais peu résistante à cause de la minceur des os.

Les tractions ne pouvant pas engager la tête, la branche droite est enlevée et les tractions sont reprises au moyen des deux autres. Le seul obstacle qui reste, après que la voûte s'est laissée déformer, est le diamètre bimastoïdien (le bimalaire et le bipariétal étant détruits) qui permet la descente en se plaçant successivement dans l'oblique droit puis dans le transverse. L'extraction fut facile.

Base disjointe, fractures multiples sur les voûtes orbitaires et la lame criblée de l'ethmoïde.

Expérience VIII.

Fœtus volumineux. — Bassin naturel, rachitique, généralement et irrégulièrement rétréci. — Sommet en O. I. D. T. — Basiotripsie.

Dimensions du fœtus (fille) : longueur, 53 — Diam. bip., 9,4. — Bimast., 7,6. — Bimalaire, 7,5. — O. F., 12. — O. M., 13. — Biacromial, 11,5.

Dimensions du bassin au détroit supérieur : *conj. vrai*, 5,4. — Transv., 12,4. — Obl. dr., 10,7. — Gauche, 11,5. — Microcorde droite, 5. — Gauche, 5,6.

Sommet placé en O. I. D. T. Basiotribe appliqué suivant le diam. transv. du bassin et le diam. O. F. du fœtus. Tête réduite en galette, extraite avec facilité relative après une légère rotation.

Fracture comminutive du corps du sphénoïde et fracture linéaire au niveau de la charnière occipitale. Le disque céphalique mesurait : verticalement, 13 cent.; dans le sens transversal, 10,5; dans le sens antéro-postérieur, au niveau des deux saillies latérales, 5,5; et, au niveau des cuillers, 4,5.

Expérience IX.

Enfant peu développé. — Bassin naturel rachitique triangulaire. — Sommet au détroit supérieur en O. I. G. A. — Basiotripsie.

Dimensions de l'enfant : longueur, 44. — Diam. bipariét., 8,4. — Bimast., 7,1. — Bimalaire, 6,9. — O. F., 10. — O. M., 11. — Biacromial, 10,5.

Dimensions du bassin : *conj. vrai*, 6,6. — Transv., 10,9. — Obl. dr., 11,6. — G., 9,8. — Microcorde droite, 6,2. — G., 3 5.

Le fœtus est placé en première position du sommet pour essayer une application du basiotribe dans le sens oblique.

Après craniotomie, les deux cuillers, placées sur les côtés du bassin, viennent saisir la tête de la moitié gauche de l'occiput à la moitié droite du front. Prise bonne, constriction puissante, déformation et réduction considérable de la tête, la face placée de champ obliquement « di sghembo » entre les cuillers. Légère rotation à droite, extraction après des tractions assez énergiques et soutenues.

Dimensions du disque céphalique : verticalement, 10,5. — Transv., 9,5. — D'avant en arrière : au niveau de la distance

maximum entre les cuillers, 4. — Au niveau de la saillie latérale droite, 5,5. — De la gauche, 5,2.

Les deux rochers sont fracturés. Base du crâne complètement dissociée.

Avant de noter les impressions qui résultent de ces recherches expérimentales, je vais exposer les résultats fournis jusqu'à ce jour par la clinique.

OBSERVATIONS CLINIQUES.

OBSERVATION I (Hôpital Lariboisière, service du Dr Pinard).

Rétrécissement du bassin chez une primipare; diamètre promonto-sous-pubien, 8 cent.; sommet en O. I. G. T.; forceps; basiotripsie faite par M. Pinard. (Rédigée par M. Lepage, interne du service.)

La nommée Charrier (Alexine), âgée de 22 ans, giletière, entrée le 17 janvier 1884 (dix heures du matin), salle Sainte-Anne, lit n° 8.

Antécédents. — Née à Angers. Ne sait pas à quel âge elle a marché. Aucun renseignement précis sur l'enfance : a été atteinte, vers l'âge de 10 ou 12 ans, de fièvres intermittentes, qui ont duré environ deux ans. (Elle habitait alors le Poitou.)

La mère est morte à 41 ans de tuberculose; elle n'a ni frère ni sœur.

Elle habite Paris depuis juillet 1878. Travaille à la machine.

Réglée à l'âge de 17 ans. A beaucoup souffert pour l'établissement de cette fonction. Règles survenant irrégulièrement, et s'interrompant parfois pendant deux ou trois mois.

Pas de grossesse ni de fausse couche antérieure. Ne se souvient pas exactement de la date de ses dernières règles (pendant avril 1883).

Grossesse absolument normale et facilement supportée. Des maux d'estomac, dont la malade souffrait depuis longtemps, ont même disparu depuis qu'elle est enceinte.

Léger œdème des jambes vers le septième mois; pas de gonflement des paupières; pas de céphalalgie, ni de bourdonnements d'oreilles.

Le 15 janvier, a commencé à avoir quelques douleurs assez vives

accompagnées de vomissements abondants. Ténesme vésical. Pas de ténesme rectal.

Examen. — Cette femme est de petite taille ; légère claudication du côté gauche depuis l'âge de 12 ans, à la suite d'un accident. Jambe gauche légèrement incurvée. A eu probablement une arthrite du genou gauche suivie d'une ankylose incomplète, avec léger degré de flexion de la jambe sur la cuisse. Le membre inférieur gauche est irrégulier et le tibia du même côté, se dessinant assez nettement, fait une saillie à convexité interne ; il est incurvé dans toute sa longueur et paraît moins épais que le tibia droit. Quelques craquements dans l'articulation du genou. Rotule mobile. Le fémur présente également une courbure à concavité interne.

Le membre inférieur droit présente les mêmes déviations, mais beaucoup moins prononcées qu'à gauche, surtout le tibia qui est presque rectiligne.

Pas de déviation très prononcée de la colonne vertébrale, sauf à la partie inférieure de la région dorsale où on constate une légère courbure à concavité gauche.

Déformations du thorax peu appréciables. Léger enfoncement du sternum au-dessus de l'appendice xiphoïde. Chapelet rachitique légèrement prononcé.

Au crâne, saillie des bosses frontales, surtout de la droite.

Les dents présentent les altérations suivantes : atrophie cupuliforme des incisives et canines supérieures et inférieures. Les cupules sont disséminées sur les faces antérieure et postérieure de ces dents, surtout accusées sur les incisives médianes supérieures, où elles forment deux larges cupules près du bord libre de la dent, et deux sillons parallèles horizontaux se continuant sur les autres dents. Les incisives et canines inférieures présentent les mêmes altérations. Coloration jaunâtre des dents, surtout au niveau des cupules. Rien sur les prémolaires. Carie des quatre premières molaires.

Mensuration externe du bassin. Distance des deux épines iliaques antérieures et supérieures, 31 centimètres.

Pli fessier gauche plus élevé que le droit.

Paroi du ventre assez souple, pas épaisse. L'utérus remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Par le *palper* on sent que la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur. Les petites extrémités sont à droite et au fond de l'utérus. Le dos est facilement délimité du côté gauche.

L'*auscultation* donne le maximum des bruits du cœur fœtal à gauche et un peu au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, la vulve, le vagin ne présentent aucune particularité.

On arrive directement sur la face antérieure du sacrum qui est plane.

L'angle sacro-vertébral fait une saillie prononcée. *Diamètre promonto-sous-pubien*, 8 *centimètres*.

Le col est presque entièrement effacé. La femme va entrer bientôt en travail ; l'excavation est absolument vide, la tête ballotte au-dessus du détroit supérieur.

Diagnostic. Grossesse à terme. Rétrécissement de 6 cent. 1/2 (déduction faite). Présentation du sommet : O. I. G. T.

Les contractions débutent dans la matinée ; elles sont vives et se succèdent. (Vomissements fréquents.)

Le 17. Grand bain et injections vaginales chaudes toutes les deux heures, faites avec la solution de bi-iodure de mercure à 1/2000.

A six heures du soir, l'orifice est dilaté comme une pièce de 5 fr.; les membranes bombent fortement.

Le 18. La nuit a été bonne. Sommeil dans l'intervalle des douleurs, qui sont beaucoup moins rapprochées.

A sa visite du matin, M. Pinard constate le même état que la veille au soir. La dilatation de l'orifice est la même.

L'état général paraît meilleur; les vomissements ont cessé. La femme n'a plus cette teinte légèrement cyanotique qu'elle présentait la veille.

A six heures du soir, même état ; orifice un peu plus dilaté. Les bruits fœtaux s'entendent bien.

Le 19. Vers une heure, les contractions deviennent plus fréquentes.

A neuf heures, la dilatation est grande comme la paume de la main ; la poche des eaux intacte et volumineuse. Les bruits du cœur fœtal persistent normaux et réguliers. La tête ne descend pas.

A neuf heures et demie, M. Pinard rompt la poche des eaux ; le liquide amniotique qui s'écoule est normal.

On place la malade en travers du lit et on lui donne du chloroforme jusqu'à résolution.

Une application du forceps Tarnier, faite au détroit supérieur, ne donne aucun résultat, malgré d'assez fortes tractions.

La réduction de la tête est nécessaire pour l'extraction du fœtus.

M. Pinard fait fixer la tête au détroit supérieur par un aide, puis il introduit la branche médiane du basiotribe Tarnier, le perforateur alésoir; mais, malgré plusieurs tentatives, l'instrument glisse sur la paroi crânienne. (Depuis la veille, l'instrument trempait dans un liquide antiseptique.)

M. Pinard se sert du perforateur de Blot qui pénètre dans la cavité crânienne; il ne s'écoule que peu de substance cérébrale à cause de l'étroitesse du vagin.

Nouvelle introduction du perforateur alésoir qui pénètre facilement par la précédente ouverture, puis introduction de la branche gauche du basiotribe. Le premier broiement a lieu sans difficulté.

La branche droite est ensuite introduite avec un peu plus de difficulté que la première; après le second broiement, l'instrument tourne lui-même pour s'accommoder avec le canal qu'il doit traverser et, par son propre poids, entraîne la tête qui sort sans qu'on ait besoin d'exercer d'autre traction sur l'instrument qu'une légère tension avec le médius.

Une quantité considérable de sang fœtal s'est écoulée pendant l'opération.

M. Pinard fait constater que, comme il l'avait annoncé à l'avance, la branche droite a écrasé la face, tandis que la branche gauche a écrasé l'occiput.

Délivrance spontanée au bout d'une demi-heure.

Placenta normal. Membranes entières.

L'enfant pèse 4,100 grammes avec l'instrument ; soit 2,870 gr. sans l'instrument, et sans la substance cérébrale ni le sang.

M. Pinard mesure les différents diamètres de la tête, le basiotribe étant appliqué.

Le diamètre antéro-postérieur le plus grand mesure, entre les branches de l'instrument, 4 cent. 5; sur la ligne médiane, 4 cent. 2; au niveau des branches, 4 cent. 2.

Le diamètre antéro-postérieur, pris en dehors de l'instrument, à droite, 5 cent.; à gauche, 5 cent. 1. — Diamètre des deux apophyses, 5 cent.; transverse maximum, 7 cent. 2. — Hauteur de la tête, 15 cent. 1/4.

La tête a donc été entièrement aplatie entre les branches de l'intrument. Du reste, tous les os de la voûte et de la base sont broyés ainsi que ceux de la face.

La femme reste pendant quelque temps sous l'influence du chloroforme ; le soir, temp., 37°,8.

Le 20. P., 68 ; temp., 37°,6 ; la malade se trouve très bien, mange avec appétit. Elle a pu uriner seule.

Le 21. Même état général satisfaisant ; souffre des dents, léger degré de gingivite pour laquelle M. Pinard prescrit :

Alcoolat de cochléaria............ } ââ 5 gr.
Hydrate de chloral............... }

Pouls, 72 ; temp., 37°,6.

L'utérus, un peu gros, ne revient que lentement sur lui-même, il remonte jusqu'au niveau de l'ombilic.

Pas d'odeur des lochies. Temp. soir, 38°,4.

Le 22. Souffre un peu du ventre, surtout du côté gauche. La douleur serait survenue après une injection vaginale faite à cinq heures du matin : 5 sangsues au niveau de la région douloureuse, 1 gr. sulfate de quinine. Frictions sur le ventre avec la pommade mercurielle belladonée.

T. matin, 38°,6 ; soir, 38°,3.

Le 23. La malade ne souffre plus du ventre. T., 37°,5 ; pouls, 64. — État général très bon.

Le 28. Même état. L'utérus revient lentement sur lui-même ; il dépasse toujours le détroit supérieur.

7 février. Utérus encore volumineux ; déborde la symphyse de deux travers de doigt.

Sort, sur sa demande, le 9 février. État général très bon.

Observation II (Maternité de Paris, service du professeur Tarnier).

Bassin oblique ovalaire ; diamètre promonto-sous-pubien, 9 cent. 2 m. ; enfant macéré ; présentation de la face en M. I. G. A. avec procidence de la main et du cordon ; rupture spontanée de l'utérus avant l'ouverture des membranes ; version pelvienne par madame Henry ; basiotripsie par M. Pinard ; délivrance artificielle par madame Henry.

La nommée Oblin, femme Convenance, âgée de 25 ans, d'une faible constitution, présentant un bassin oblique ovalaire, était venue le 17 octobre 1882, à la Maternité, où on dut l'accoucher à l'aide d'une céphalotripsie. Enceinte une seconde fois, elle vint à la réception le 8 juillet 1884, à 3 heures du soir. Cette femme, qui avait toujours été

... régulièrement depuis l'âge de 19 ans, vit ses règles se suspendre le 25 octobre 1883.

En palpant l'abdomen, on sentit l'utérus développé comme pour une grossesse de 8 mois 1/2 au moins ; on appréciait, à l'hypogastre, une partie fœtale volumineuse et irrégulière ; au fond de l'utérus, on faisait ballotter l'extrémité céphalique.

L'auscultation faisait percevoir le foyer d'intensité des bruits cardiaques du fœtus à droite et presque au niveau de l'ombilic.

Le toucher vaginal conduisait sur un col long, ouvert à sa partie inférieure ; il faisait, de plus, diagnostiquer une présentation de l'extrémité pelvienne. En pratiquant le toucher vaginal mensurateur, on arriva très facilement sur l'angle sacro-vertébral ; le diamètre promonto-sous-pubien ne mesure que 9 cent. 2 mill. La partie latérale gauche de l'excavation est presque plane ; l'épine sciatique de ce côté est plus saillante qu'elle ne devrait l'être ; au contraire, la partie latérale droite est très concave, surtout vers la symphyse sacro-iliaque ; le diamètre bis-ischiatique ne mesure que 7 cent. 1/2. D'après la mauvaise conformation du bassin, l'accouchement spontané paraît douteux ; cette femme est alors admise salle Danyau n° 6.

Le 24 juillet, à 10 heures du soir, ressentant des douleurs assez énergiques, la malade monta à la salle Lachapelle ; elle n'avait qu'un début de travail, l'orifice était à peine grand comme une pièce de 50 centimes. On n'entendit pas les bruits du cœur du fœtus. Toute la nuit la parturiente se plaignit de douleurs de reins très intenses ; la dilatation se faisait peu à peu et ne devint complète que le 25 juillet 1884, à 8 h. 25 du matin. Mme Henry examina la malade et trouva une poche d'eau volumineuse intacte dans laquelle on sentait une anse de cordon qui n'offrait aucun battement ; la présentation, très élevée, fut reconnue pour être une face tendant à s'engager en M. I. G. A. ; sur la partie latérale droite du bassin, on appréciait nettement la main gauche appuyée sur la tête, encore au-dessus du détroit supérieur.

En pratiquant le palper abdominal, Mme Henry fut frappée de la forme que présentait l'utérus ; cet organe semblait divisé en deux lobes superposés, l'un au-dessus de l'ombilic, l'autre au-dessous ; cette disposition avait été observée au moment du premier accouchement de cette femme. Pendant qu'on l'examinait, on vit subitement l'utérus changer de forme ; à l'endroit où commençait le second lobe, c'est-à-dire au niveau de l'ombilic, on sentit beaucoup plus nettement

les parties fœtales ; elles devinrent si superficielles qu'on comprit qu'une profonde lésion venait de se produire. Le facies de la malade resta calme et reposé, et rien dans l'expression du visage ne vint aider au diagnostic de rupture utérine ; mais le toucher donna des renseignements qui ne laissèrent aucun doute ; on trouva les membranes flasques, et la partie fœtale, qui avait été si nettement diagnostiquée, n'était plus accessible ; du sang noir et sirupeux s'écoulait par les voies génitales.

Mme Henry, sachant que M. Tarnier était en ce moment à la clinique, le fit prévenir.

M. Tarnier approuva en tous points la conduite que Mme Henry se proposait de tenir, et ne pouvant quitter l'hôpital des Cliniques, il pria M. Pinard, dans le cas où une autre opération que la version pelvienne deviendrait nécessaire, de bien vouloir le remplacer.

A 10 heures, la malade fut passée à l'amphithéâtre des opérations ; elle avait 72 pulsations par minute ; la température était à 37°,4 ; la respiration, un peu accélérée, se produisait 32 fois par minute ; le premier vomissement porracé eut lieu à ce moment.

La solution de continuité du tissu utérin était située au niveau de l'ombilic, là où les membres du fœtus étaient très superficiels. La malade fut aussitôt mise sous l'influence du chloroforme. Mme Henry introduisit la main droite à 10 h. 25 et ramena facilement le pied gauche hors la vulve, à 10 h. 27 ; mais l'extraction du siège offrit assez de difficultés, et ce ne fut qu'à 10 h. 40 qu'elle fut complète ; on avait fait évoluer le fœtus du côté droit ; malgré les tractions peu énergiques mais soutenues faites par Mme Henry, la sortie de l'abdomen et des épaules se fit très lentement et ne fut terminée qu'à 10 h. 45. La tête, très volumineuse, était encore retenue au-dessus du détroit supérieur ; puisque l'enfant était mort, on ne devait pas hésiter à réduire le volume de la tête, pour l'extraire ensuite sans faire de tractions. M. Pinard décida que, pour cette opération, il se servirait du basiotribe de M. Tarnier. Il introduisit le perforateur alésoir à 10 h. 49, et, à 10 h. 52, la première branche du basiotribe fut introduite, le premier broiement eut lieu et il s'écoula peu de matière cérébrale ; il était alors 10 h. 55 ; à 11 heures, on introduisit la branche droite, et à 11 h. 3, le basiotribe articulé broyait une seconde fois la tête et donnait lieu à l'expulsion d'une certaine quantité de masse encéphalique, les tractions commencèrent à 11 h. 5 et, sans efforts, grâce à la notable diminution de la tête et la solidité avec laquelle

elle était saisie; l'accouchement se termina à 11 h. 10 du matin. L'enfant, du sexe féminin, offrait un degré de macération pouvant remonter à quarante-huit heures environ, il pesait 3,250 grammes, sans la substance cérébrale.

Le toucher vaginal, pratiqué aussitôt après l'accouchement, fit diagnostiquer que la rupture utérine s'était faite transversalement. Le placenta était passé en totalité dans la cavité péritonéale; Mme Henry fit la délivrance artificielle à 11 h. 20 du matin; puis on procéda à une première injection vaginale avec de la liqueur de Van Swieten dédoublée, puis à une seconde dans l'utérus avec la même solution. On banda l'abdomen de cette femme avec de la flanelle que l'on serra assez, puis on lui mit deux sacs de glace, et, à partir de ce moment, il lui fut fait régulièrement toutes les demi-heures une injection vaginale avec de la liqueur de Van Swieten pure. On la surveilla attentivement; toutes les quarante-cinq minutes, on lui donnait une pilule avec 1 centigramme d'opium. L'état général était toujours le même, mais il y avait refroidissement des extrémités. A midi, le pouls était à 112, la température à 38°,2; 32 respirations par minute; deuxième vomissement porracé à midi 10.

1 heure. P., 128; Temp., 38°,2; Resp., 52.

1 h. 35. P., 128.; Temp. 37°,2; Resp., 40; troisième vomissement porracé à 1 h. 55.

2 h. 20. P., 124; Temp., 37°,3; Resp., 44.

3 h. 20. P., 128,, Temp., 37°; Resp., 40; quatrième vomissement à 3 h. 10.

4 h. 20. P., 144; Temp., 37°; Resp., 48; première piqûre d'éther à 5 h. 20 m.; deuxième à 5 h. 35.

5 h. 40. P., 160; Temp., 37°; Resp. 48.

6 h. 20. P., 164; Temp., 36°,8; Resp. 48.

Cette femme gardait toute sa connaissance et se plaignait d'une dyspnée très intense; il y avait anurie. Vers 3 heures, le facies de la malade changea et la teinte cyanosée que présentait son visage alla toujours en augmentant; elle se plaignit de troubles de la vue; la respiration s'accomplissait très difficilement, elle fut prise d'un engourdissement dont elle ne sortait que pour demander à se lever. Elle mourut à 7 heures du soir.

Causes du traumatisme. — Dilatation exagérée de la partie inférieure de l'utérus; non engagement de la partie fœtale; rétrécissement du bassin.

On fit l'autopsie le lendemain, et on enleva le bassin; on reconnut alors que quelques particularités avaient échappé aux investigations. La description en sera faite ultérieurement. Il n'y avait aucune lésion du vagin ni du col de l'utérus.

Durée de l'intervention pendant deux opérations (céphalotripsie et basiotripsie) pratiquées chez cette même femme.

	Céphalotripsie.	**Basiotripsie.**
	Tête première.	*Tête dernière.*
Introduction du perforateur........	9 h. du matin.	10 h. 49 du matin.
— de la première branche.	9 h. 7 m.	10 h. 52 m. — 10 h. 55 m. 1er broiem.
— de la branche droite...	9 h. 8 m.	11 h. — 11 h. 3 m. 2e broiement
Premières tractions................	9 h. 10 m.	11 h. 5 m.
Extraction complète..	9 h. 20 m.	11 h. 10 m.
Poids de l'enfant avec déperdition du cerveau........................	2.230 gramm.	3.250 grammes.
	20 *minutes.*	21 *minutes.*

La première opération (céphalotripsie) fut faite par M. Tarnier le 17 octobre 1882.

La seconde (basiotripsie), par M. Pinard, le 25 juillet 1884.

Observation III (Clinique obstétricale et gynécologique de la Faculté de médecine de Paris).

Basiotripsie pratiquée par M. Pinard. (Observation prise par le Dr Stapfer, chef de clinique, dans le service du Dr Pinard, suppléant le professeur Pajot.)

La femme L..., âgée de 33 ans, est accouchée pour la première fois le 1er janvier 1877. Elle était entrée à la clinique. On se proposait de provoquer le travail. Elle est partie de son plein gré et est accouchée chez elle à 8 mois environ d'un enfant mort depuis quelques jours. Elle revient le 26 septembre 1884. Dernière apparition des règles, premiers jours de février.

Bonne grossesse, rien de particulier à signaler. Taille, 1 m. 24. Déformation considérable et tout à fait symétrique des membres inférieurs. Cuisses très courtes, pas de convexité antéro-latérale; tibias

tout à fait recourbés, à convexité antérieure; la crête forme une saillie énorme; ils se touchent par le sommet de la convexité à 10 centimètres des malléoles internes. Écart de 23 centimètres entre les rotules. C'est un véritable basset à jambes torses.

Dents légèrement cannelées; incisives un peu crénelées.

Pas de déformation sensible du visage; pas d'asymétrie des yeux. En somme, le tronc n'est absolument normal nulle part, il a été touché par le rachitisme, mais les déformations des membres inférieurs sont seules remarquables.

Le 26 septembre, jour de son entrée à la clinique, le Dr Pinard juge à propos de provoquer immédiatement le travail. La grossesse était parvenue à 7 mois 1/2 environ, et l'enfant paraissait assez volumineux. *Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 7 centim. 3 millim.*

Version par manœuvres externes; après vingt-cinq minutes de tentatives, le Dr Pinard ramène la tête au détroit supérieur, en O. I. G. T., puis on introduit le ballon excitateur du professeur Tarnier. Cette introduction demande trente-cinq minutes, la tête s'étant appliquée sur le segment inférieur, on ne pouvait arriver à engager l'instrument entre l'extrémité céphalique et l'utérus.

Le Dr Pinard retire l'instrument 3 ou 4 fois, et à force de persévérance, toujours sans efforts, l'instrument finit par pénétrer et le ballon est gonflé et reste en place.

La femme est prise immédiatement de contractions douloureuses.

La ceinture eutocique est mise pour maintenir la présentation.

Le soir à 4 heures, le ballon était encore en place. La femme souffrait. État général bon; elle passe la nuit à la salle d'accouchements.

Le lendemain matin, je la trouve ne souffrant plus, le ballon est en grande partie dans le vagin, je le retire, il a le volume d'un œuf de poule.

Le Dr Pinard l'examine; il y a eu un début de travail. Segment inférieur bien ramolli, l'orifice s'est refermé comme cela arrive d'ordinaire, mais il est resté mou et on l'agrandit facilement avec les doigts.

Introduction d'un dilatateur de Barnes. On y injecte 250 grammes de liquide. Une heure plus tard le gousset du ballon dans lequel on place l'introducteur se décolle et toute l'eau s'échappe. N'ayant pas d'autre ballon sous la main et jugeant la dilatabilité poussée déjà à un assez haut degré, le Dr Pinard déclare qu'il reviendra à 5 heures et qu'il opérera si la porte est suffisamment ouverte.

On constate que la tête est très élevée et très ossifiée. Le soir à 5 heures, quoique la dilatation soit suffisante pour opérer, le Dr Pinard, après avoir pratiqué le toucher manuel, la femme étant chloroformée, se contente de rompre la poche des eaux dans l'espoir que la tête se moulera sur la filière pelvienne et donne rendez-vous aux assistants à 8 heures.

A 8 heures 1/2, application du forceps grand modèle de M. Tarnier faite directement. Tractions continues et contenues pendant quelques instants. On y renonce en constatant que l'engagement ne se fait pas. La femme est chloroformée.

Basiotripsie ; introduction du perforateur sans difficultés autres que celles qu'on éprouve toujours en perforant une boîte crânienne très ossifiée. Application et articulation de la petite branche encore sans difficultés. Réunion du perforateur et de cette petite branche au moyen du crochet. L'emploi de la vis est inutile. Introduction de la longue branche plus difficile à cause de l'étroitesse du bassin. On place la vis, que l'on serre avec lenteur. La matière cérébrale s'écoule à flots. J'avais maintenu la tête pendant l'introduction du perforateur. Je la maintiens encore pendant l'introduction de la petite branche, puis dès que le perforateur et cette branche sont réunis par le crochet je cesse de maintenir, puisque l'un des avantages de l'instrument est d'immobiliser la région fœtale.

A ce moment je palpe doucement le ventre et voici ce que j'observe pendant l'introduction de la deuxième branche, le broiement et l'extraction.

La grande branche introduite dépasse notablement la sphère céphalique. On la sent à travers la paroi abdominale et la paroi utérine comme l'ancien céphalotribe dont les branches sont plus longues que celles du basiotribe. Avec le premier instrument on est obligé de continuer à maintenir la tête tant que l'instrument n'est pas articulé. J'en conclus que les pressions exercées par l'aide ont pu dans certain cas être nuisibles. Le bec des cuillers dépasse l'extrémité céphalique, et bute contre la paroi utérine.

Lorsque le broiement commence, je constate ce que j'avais vu déjà sur le mannequin, c'est-à-dire que le bec de la plus grande cuiller ne dépasse plus la sphère céphalique, il s'enfouit dans les parties broyées, la tête s'allongeant en s'aplatissant. Une calotte osseuse, nettement perceptible à travers la paroi abdominale, fait saillie à la vue, à droite de la ligne médiane, au-dessus du détroit supérieur.

Le Dr Pinard commence l'extraction, elle se fait très lentement et presque sans effort. La tête aplatie tourne pour adapter ses plus grands diamètres au diamètre transverse et cette rotation est indiquée à la fois par la rotation extérieure de l'instrument et par la disparition de la calotte osseuse qui faisait saillie à droite de la ligne médiane. Engagement facile, nouvelle rotation au détroit inférieur; extraction du tronc sans difficultés. Délivrance normale, injection antiseptique vaginale et intra-utérine. Tête moulée par M. Baretta. Enfant du poids de 2,060 sans la substance cérébrale.

Le lendemain de l'opération la malade a 37° et mange une côtelette et du poulet.

Le 30 septembre la température s'élève brusquement à 39°. Fluxion mammaire intense; seins durs comme la pierre, douloureux; on les soutient, on les comprime et on met en permanence des cataplasmes. Eau de Vichy. La température s'abaisse à 37° et s'y maintient jusqu'à la sortie de l'hôpital.

J'examine la femme au spéculum avant son départ et je constate que la commissure postérieure de la vulve est intacte, le vagin net, et le col hortensia. L'opération date de onze jours.

Examen des os du crâne. — *Le perforateur* a pénétré dans le crâne par la suture occipito-pariétale gauche, près de la fontanelle gauche postérieure qui est cependant intacte.

La petite cuiller a été appliquée sur la moitié droite de l'occipital au-dessous du pariétal droit. Le bec de la cuiller a dû saisir l'os malaire.

La grande cuiller a broyé le temporal et le frontal gauche, le bec dépassant l'os malaire et touchant le maxillaire supérieur qui a été mis de champ.

Pariétal droit intact.

Pariétal gauche. — Fracture oblique de haut en bas, d'arrière en avant, dans toute la longueur de l'os. Un autre trait de fracture s'éloigne perpendiculairement du premier.

Occipital. — Fracture siégeant à 1 centimètre du bord droit sur toute la longueur de cet os. Les deux fragments sont maintenus en contact par le péricrâne. La suture qui sépare l'occipital de l'apophyse basilaire a été tiraillée et les cartilages luxés.

Du côté droit du trou occipital, fracture siégeant entre le condyle droit et l'extrémité de l'apophyse basilaire.

Frontal droit. — Fracture partant de la suture sagittale pour aboutir

à 1/2 centimètre de l'apophyse orbitaire externe en passant sur la bosse frontale.

Frontal gauche. — Toute la voûte orbitaire est séparée du frontal au niveau des arcades.

Temporal droit. — L'apophyse zygomatique est fracturée, la partie écailleuse, la portion mastoïdienne, le rocher sont intacts.

Temporal gauche. — Même lésion.

Sphénoïde. — Le corps est broyé, les grandes ailes sont séparées du corps des deux côtés.

Maxillaire supérieur. — A droite l'apophyse montante est fracturée, la portion palatine est broyée.

Du côté gauche, l'os malaire est séparé du maxillaire.

Maxillaire inférieur. — Rien à gauche, à droite fracture complète siégeant à l'angle de la mâchoire.

En somme, presque tous les os *ont été aplatis, broyés*, ou mis de champ. C'est un vrai sac de noix.

Observation IV (Clinique obstétricale et gynécologique de la Faculté de médecine de Paris).

Basiotripsie pratiquée par M. Pinard. (Observation prise par le Dr Stapfer, chef de clinique, dans le service du Dr Pinard, suppléant le professeur Pajot.)

La femme G..., primipare, âgée de 23 ans, entre à la clinique le 7 octobre au matin. Elle est en travail. Elle n'aurait marché qu'à l'âge de 3 ans 1/2. A cause de l'état de souffrance et de l'indocilité de cette femme, on est obligé de remettre l'interrogatoire complet à un autre moment. Règles finies le 28 octobre 1883, grossesse normale.

Déformation rachitique manifeste des cuisses; convexité externe. A un examen superficiel, les membres inférieurs semblent bien faits; quand la femme les rapproche, ils sont absolument en contact. Cependant le membre droit semble un peu plus court que le gauche, mais elle affirme qu'elle ne boite pas. Quoi qu'il en soit, il y a une différence en particulier dans la configuration des pieds qui ne peut s'exprimer mieux que par le terme employé pour l'asymétrie de visage des rachitiques, il y a désharmonie.

Sa colonne vertébrale paraît droite. Ventre volumineux, utérus remontant très haut. J'essaie inutilement de reconnaître la présentation et la position par le palper. Par le toucher je trouve l'excavation vide,

le segment inférieur de l'utérus très élevé, orifice un peu moins grand qu'une pièce de 5 francs. Bords épais et peu souples; au centre une petite tumeur mollasse qui pourrait être prise pour une fesse si la femme ne disait qu'elle est en travail depuis trois jours. De plus cette portion de région fœtale accessible est pâteuse. On atteint sans difficulté le promontoire. Je trouve le diamètre P. S. B. = 8 1/2. Etat général bon. Fœtus vivant. La femme se plaint beaucoup, mais plus que de raison.

Le soir à 4 heures, la dilatation a fait des progrès. T = 37,8. Par le toucher, on constate une présentation du sommet O. I. D. T. avec une grosse bosse séro-sanguine. A 6 heures je fais donner le chloroforme à la femme pour pratiquer le toucher manuel.

Je constate d'abord que la vulve est très étroite, mais avec de la patience, on arrive à faire pénétrer les quatre doigts. Les bords de l'orifice sont applicables au pourtour de l'excavation, bien que résistant à la façon d'une bande de caoutchouc. Le bassin me paraît rétréci non seulement dans le diamètre A. P., mais dans le diamètre transverse. C'est évidemment un bassin à viciation complexe. Je vais chercher le Dr Pinard.

A son arrivée, le Dr Pinard constate, les déformations relativement peu accusées des membres inférieurs et du reste du corps, des difficultés insurmontables de palper, dues à la tension de la paroi utérine. On donne du chloroforme.

Orifice permettant l'opération, tête très élevée, grosse bosse séro-sanguine. Le Dr Pinard pratique le toucher manuel, reconnaît l'étroitesse des parties molles. Le bassin lui paraît vicié dans le diam. antéro-postérieur et dans le diam. bi-cotyloïdien gauche. Application du forceps grand modèle de M. Tarnier. L'instrument est placé directement. Tractions continues et contenues. Rien ne descend, on renonce au forceps. Fœtus bien vivant. Introduction du perforateur du basiotribe de M. Tarnier laborieuse, tête très ossifiée. Je la maintiens au niveau de l'axe du détroit supérieur. Sous la pression elle tend à fuir en arrière. Enfin, l'instrument pénètre brusquement dans la boîte crânienne. Introduction de la branche courte du basiotribe, difficile à cause de la grande étroitesse des os et des parties molles. On se demande comment on placera la longue cuiller; on la place aisément, ce que le Dr Pinard attribue à la flexion produite sur le rapprochement de la première cuiller et du perforateur, rapprochement pour ·l on fut obligé de se servir de la vis et probablement par con-

séquent de faire un léger broiement, la seconde cuiller étant ainsi introduite sans difficulté à la grande surprise des assistants, l'articulation se fait aisément et on met la vis en place, rapprochement des deux cuillers très laborieux, écoulement de matière cérébrale manifeste, mais pas très abondant. Les deux cuillers étant en contact, on fait la rotation sans aucun effort, les tractions commencent, continues et très contenues ; rien ne s'engage.

On désarticule le basiotribe avec quelque difficulté. On le remet en place et cette nouvelle introduction ne présente rien de particulier à noter.

Le Dr Pinard me prie de faire le broiement. Je constate qu'il est pénible, la résistance est grande et les oreilles de la vis sont trop glissantes, ce qui augmente encore la peine. Je rapproche les cuillers jusqu'au contact parfait avec le perforateur. Le Dr Pinard fait des tractions toujours continues et très contenues. La région fœtale descend, le périnée bombe, l'anus s'entrouvre et la tête se dégage obliquement : restent les épaules. Le Dr Pinard me prie de continuer les tractions à sa place sans cesser de tirer sur le céphalotribe que je maintiens de la main gauche, je touche, je constate que les épaules sont engagées mais vivement pressées par les parois du bassin et placées dans le diamètre oblique gauche, l'épaule gauche (du côté gauche) se trouvant un peu plus bas que l'épaule droite. J'introduis le doigt dans le creux de l'aisselle de ce côté et j'essaie de ramener cette épaule sous la symphyse du pubis ; j'y parviens avec beaucoup de peine et seulement quand la vis à tergo me vient en aide. On a cessé les inhalations de chloroforme, la femme pousse.

Cette rotation n'est pas complète, les épaules restent un peu obliques ; j'accroche le bras gauche et dégage l'extrémité antérieure du diamètre bi-acromial, en faisant sortir le bras, à l'imitation de ce que j'avais vu faire au Dr Pinard dans une expérience où le bassin mesurait 4 centimètres et où le fœtus était très gros. Cela fait, et la femme poussant, je crois un moment que le périnée va refouler l'épaule postérieure, mais la rotation n'a pas été complète. Cette épaule reste dans le diamètre oblique et je suis obligé de faire pour elle ce que j'ai fait pour l'autre : j'amène le bras droit au dehors et le dégagement du reste du tronc n'offre aucune particularité. L'enfant présente un enfoncement manifeste du sternum qui a été aplati par une saillie osseuse du bassin, son poids est de 2,850, défalcation faite de 1,200 grammes pour le basiotribe. La boîte crânienne est absolument

vide de substance cérébrale. La délivrance présente quelques difficultés pour le dégagement du placenta, elle est complète, quelques lambeaux de membranes ont été amenés au dehors avec le fœtus, ils ont été saisis par l'instrument lors de la réapplication. Injection vaginale et intra-utérine.

Périnée absolument intact. Le lendemain matin la température est de 36°,5, la vulve est encore un peu œdémateuse. La femme a uriné spontanément. On l'avait sondée la veille après l'accouchement, avant la délivrance, une petite quantité d'urine étant sortie tout à fait nette de sang.

Tête absolument et régulièrement aplatie, voûte et base; dans le premier broiement les cuillers ont été appliquées, l'une, la plus courte, sur le front entre les yeux, le bec de la cuiller passant juste au niveau de la commissure des lèvres. La grande cuiller en arrière, mais non pas entre les deux oreilles. L'oreille droite se trouvait dans la fenêtre, le bec de la cuiller arrivait à peu près à l'épaule. Donc la tête était saisie du milieu de la face à l'un des côtés de l'occiput, application en somme un peu oblique.

Dans le premier broiement, la tête a été saisie d'une face latérale à l'autre, mais un peu obliquement également.

Dans la fenêtre de la grande cuiller se trouve une saillie osseuse, très dure, longue de 6 centimètres environ, laquelle doit être constituée par le maxillaire. Température moyenne des suites de couches, 37°.

L'examen ultérieur a permis de constater une asymétrie du bassin, plus large à droite qu'à gauche, ce qui explique l'introduction facile de la longue cuiller, rendue en outre plus aisée par la flexion de la région fœtale due à l'application de la cuiller courte sur le front, comme l'avait fait observer le Dr Pinard au cours de l'opération.

Examen de la tête du fœtus. — Le perforateur a troué les deux pariétaux à 3 centimètres du centre de la fontanelle antérieure; le bord de l'orifice n'est éloigné de la suture sagittale que de 1 centimètre à droite et de 3 centimètres à gauche. La pointe du perforateur semble donc avoir été enfoncée sur le pariétal gauche, tout près de son bord supérieur.

Pariétal droit. — Une fissure intéressant toute l'épaisseur de l'os va depuis le point d'entrée du perforateur jusqu'au point culminant de la bosse pariétale; puis, se réfléchissant presque à angle droit, se dirige vers la suture fronto-pariétale du côté gauche.

Pariétal gauche. — Légère fissure au bord supérieur, perpendiculaire à ce bord.

Un trait de fracture vertical s'étend depuis l'orifice du perforateur jusqu'au milieu du bord inférieur de l'os, partageant ainsi le pariétal en deux moitiés. La moitié postérieure n'a pas bougé, tandis que l'antérieure a été luxée de façon à se trouver en contact, par sa face convexe avec la face convexe de la moitié gauche du frontal, la suture fronto-pariétale gauche servant de charnière à ce mouvement.

Frontal. — Il a été aplati de telle sorte que les deux moitiés de la portion verticale, non fracturées, se sont rapprochées l'une de l'autre, formant ainsi un coin antérieur dont la suture médio-frontale constitue l'arête.

La partie horizontale du frontal est réduite en fines esquilles.

Occipital. — Fracture régulièrement transversale siégeant à un demi-centimètre de distance du trou occipital dont les bords ne sont pas atteints.

Temporal droit légèrement fracturé dans sa partie écailleuse; portion pétreuse intacte.

Temporal gauche fracturé dans sa partie écailleuse, intact dans sa portion rocheuse.

Le corps du *sphénoïde*, les *grandes et petites ailes* de cet os, l'apophyse basilaire de l'occipital sont broyés et déplacés de telle sorte qu'on ne trouve plus qu'une bouillie d'esquilles. Il en est de même pour *l'ethmoïde, le vomer, les cornets, la voûte palatine, les os unguis, le maxillaire supérieur droit.*

L'os malaire droit, saisi par la branche d'une des cuillers est réduit en bouillie; le gauche est intact.

Maxillaire inférieur. — Sa branche montante du côté droit est fracturée transversalement; elle est intacte du côté gauche.

Observation V (Clinique obstétricale et gynécologique de la Faculté de médecine de Paris).

Basiotripsie pratiquée par M. Pinard. (Observation prise par le Dr Stapfer, chef de clinique, dans le service du Dr Pinard, suppléant le professeur Pajot.)

Jeanne R..., entre le 29 octobre 1884. Elle est en travail depuis quarante-huit heures. On a fait en ville des applications de forceps infructueuses.

Antécédents. — Elle est âgée de 28 ans et demi. Elle est primipare. A 1 an, elle se tenait sur ses jambes, mais à partir de 2 ans jusqu'à 5, elle n'a pas marché ou n'a marché qu'avec des mécaniques. Dernières règles le 6 janvier 1884. Bonne grossesse, bonne santé habituelle.

Examen. — Déformation très accentuée des tibias et des fémurs. Diamètre promonto-sous-pubien : 85 millimètres.

Enfant vivant en O.I.G.T. Bosse séro-sanguine énorme, proéminant seule dans l'excavation. Il s'écoule des parties génitales un liquide noirâtre infect. De plus; le palper fait percevoir, au niveau du hile droit de l'utérus, de la crépitation, ce qui fait faire des réserves immédiates pour le diagnostic, jugé grave par le Dr Pinard.

Application du grand modèle du forceps Tarnier. Tractions contenues et continues à plusieurs reprises. La tête ne descend pas.

Basiotripsie. — Pendant le grand broiement, l'instrument tourne de telle façon que la rotation est complète quand le broiement est achevé.

La tête s'engage spontanément et tombe sur le périnée. Dégagement vulvaire lent. Aucune lésion de la vulve et du périnée.

L'enfant sans substance cérébrale pèse 3,850 grammes.

Le Dr Pinard introduit la main, munie d'une sonde, dans la cavité utérine et fait un lavage complet de l'utérus avec la liqueur de Van Swieten dédoublée et chauffée à 38°.

La paroi utérine se contracte sur la main. Déchirures à l'union du col et du corps de l'utérus.

Placenta adhérent. Délivrance artificielle, une heure après l'opération.

La tête a été saisie irrégulièrement. La moitié gauche est très bien aplatie ; la moitié droite l'est moins. La plus grande épaisseur, du côté gauche, est de 3 centimètres ; celle du côté droit mesure 7 centimètres. Entre les cuillers, 4 centimètres. Du menton à l'occiput la tête mesure 18 centimètres.

L'état de la femme ne fit que s'aggraver malgré les lavages antiseptiques. Elle mourut de septicémie le 1er novembre.

OBSERVATION VI.

Bassin vicié; diamètre promonto-sous-pubien, 9 cent. 1/2; basiotripsie par le Dr Ribemont; guérison. (Communiquée par le Dr Ribemont-Dessaignes, agrégé, accoucheur de l'hôpital Beaujon.)

Mme Deschamps, sage-femme, me fait appeler le 14 avril 1884, à 11 heures du soir, pour secourir une de ses clientes.

Cette dame est en travail depuis trente-neuf heures. Voici quels sont ses antécédents. Le 9 septembre 1866, elle a mis au monde à la Maternité un enfant, grâce à des applications de forceps.

Le 13 avril 1868, elle accouchait spontanément à l'hôpital Lariboisière d'une fille peu volumineuse.

En 1869, fausse couche de 5 mois et demi.

Elle eut ensuite une grossesse gémellaire. L'accouchement eut lieu à Cochin et se termina par une application de forceps pour l'une des jumelles et par une version pour l'autre.

Nouvel accouchement en septembre 1871, celui-ci est spontané et donne lieu à la naissance d'une petite fille.

Le 5 juillet 1872, version : garçon volumineux.

Le 6 juillet 1874, version : petite fille.

Le 20 septembre 1881, accouchement naturel d'un gros garçon.

Mme Arthur J... a fait entre temps une ou deux fausses couches. Elle s'est présentée chez Mme Deschamps, le 14 août à 2 heures du matin : le travail commençait. La dilatation se fit très lentement, car le soir elle n'avait que la dimension d'une pièce de 1 franc.

Le lendemain 15 avril à 11 heures du matin, elle était grande comme une pièce de 5 francs et à 2 heures elle était presque complète. Cédant aux sollicitations de la parturiante, Mme Deschamps rompit les membranes; à partir de ce moment les contractions s'espacèrent et finirent par cesser. En même temps, aucune partie fœtale ne s'engageant, les bords de l'orifice revinrent sur eux-mêmes, devinrent épais et durs; malgré l'emploi de la belladone et des grands bains prolongés, cet état de choses persista, et le soir vers 9 heures, un de mes anciens élèves, M. le Dr Kahn, fut appelé ; sur son désir on réclama mon secours.

Quand je vis Mme Arthur J... le travail avait repris. Les contractions étaient extrêmement douloureuses, mais il n'y avait aucune modification dans l'état de l'orifice. Les bords durs, épais, limitaient une

circonférence de 5 centimètres de diamètre. Sommet élevé O. I. D. P., angle sacro-vertébral. Diamètre promonto-sous-pubien, 9 cent. 1/2.

Je fis respirer un peu de chloroforme à la malade et priai mon confrère de continuer les inhalations de façon à procurer un peu de sommeil ou tout au moins de calme.

Le lendemain matin à 10 heures, je trouvai la dilatation complète. Je fis donner de suite du chloroforme et me mis en devoir de pratiquer une basiotripsie, car l'enfant avait succombé depuis la veille. Le perforateur fut introduit avec difficulté, mais l'application de la branche gauche et de la branche droite fut aisée. Le broiement successif des deux moitiés de la tête se fit lentement. Le poids seul de l'instrument suffit à l'engager par un long mouvement de spire et l'amener de la vulve. L'extraction du tronc n'offrit aucune difficulté. Enfant volumineux. La tête était complètement aplatie du sommet au menton. Délivrance naturelle. Injections intra-utérines avant et après la délivrance. Suites de couches normales.

Observation VII.

Bassin vicié par le rachitisme; diamètre promonto-sous-pubien, 7 cent. 1/4; sommet; basiotripsie par le Dr Ribemont; guérison. (Communiquée par le Dr Ribemont, agrégé, accoucheur de l'hôpital Beaujon.)

Je suis appelé le 8 octobre 1884, à 3 heures du soir, chez Mme Porée-Maugin, sage-femme agréée des hôpitaux, pour voir une jeune femme, R... (Victorine-Rose), primipare, âgée de 24 ans, domestique. Cette jeune femme est à terme, car ses dernières règles se sont montrées le 12 décembre 1883. Elle est entrée en travail le 7 octobre, à 2 heures du matin; les membranes se sont rompues spontanément, à midi, chez la sage-femme. La dilatation était alors grande comme une pièce de 2 francs. Le cordon ne tarde pas à descendre, et lorsqu'à 3 heures l'examine la malade qui offre toutes les traces du rachitisme, je trouve une anse de cordon privé de battements, engagée dans le vagin. La dilatation a 3 ou 4 centimètres de diamètre. La partie fœtale est retenue au-dessus du détroit supérieur. Il est très facile d'arriver sur l'angle sacro-vertébral et de mesurer le diamètre *promonto-sous-pubien*. Celui-ci n'a que 7 centimètres 1/4. La symphyse est épaisse et élevée. Je crois pouvoir évaluer à 6 centimètres la dimension du diamètre utile. Le travail marchant régulièrement d'ailleurs, je me propose de revenir dans la soirée. A 9 heures, je me trouve près de la

malade, en compagnie de mon interne M. Bourdel. La dilatation est à peu près complète. Je dispose tout, en vue de la basiotripsie, que je me propose de faire.

La femme endormie et placée dans une situation convenable, j'introduis dans le vagin deux doigts de la main gauche, et je les pousse jusqu'à la partie fœtale (Sommet O.I.G.T.). Le perforateur est alors introduit, à travers le pariétal antérieur, dans le crâne immobilisé par M. Bourdel, à l'aide de pressions exercées au-dessus du pubis. La perforation faite, je déchire, avec la pointe de l'instrument, la matière cérébrale, afin d'en faciliter l'écoulement. J'introduis alors, avec facilité, la première cuiller du basiotribe, que j'applique directement à gauche. Avant de rapprocher cette branche du perforateur, je m'assure que la pointe de celui-ci, confiée à mon aide, n'a pas cessé d'être en contact avec la base du crâne. La main suffit au rapprochement des deux parties de l'instrument. Il ne s'écoule pas de matière cérébrale. Ayant fixé cette prise à l'aide du crochet, je procède au placement de la seconde cuiller, que je ne parviens à mettre en place qu'en la faisant glisser en arrière de la tête, au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. Je la ramène ensuite, sans grande peine, à l'extrémité droite du diamètre transverse et j'articule. La vis est mise en place, et je commence à broyer très lentement la seconde partie de la tête. La matière cérébrale s'écoule peu à peu. Le broiement achevé, la tête et l'instrument esquissent d'eux-mêmes un mouvement de rotation de droite à gauche, que je m'empresse de compléter. De très douces tractions, que je comparerais volontiers à celles d'une application de forceps facile, font parcourir à la tête le canal pelvien. J'éprouve, au moment où la tête apparaît à travers la vulve, une résistance grande que je ne puis qu'attribuer à l'engagement pénible des épaules. Des tractions soutenues finissent par achever son dégagement. Mais il m'est impossible d'extraire les épaules qui sont encore élevées. Je vais à la recherche du creux axillaire de l'épaule droite et j'exerce avec l'index, recourbé en crochet, une forte traction sur le bras. L'humérus se brise, le bras s'abaisse. Immédiatement le train s'engage et quelques secondes après la femme était accouchée.

L'enfant, du sexe masculin, est volumineux. Il pèse 3 kilogr. 450, non compris le poids de la matière cérébrale. Le diamètre bi-acromial mesure 14 centimètres. La tête est totalement aplatie. Elle mesure 4 cent. 1/2 à 5 centimètres, dans ses diamètres réduits par le broiement. Tous les os de la base et de la voûte sont désunis et brisés.

La délivrance se fit sans incident. Les suites de couches furent absolument normales, grâce aux moyens antiseptiques mis en œuvre (injection vaginale de Van Swieten, avant et après la délivrance, avec la même liqueur).

Vingt-quatre jours après, la femme R... partait au Vésinet.

(*A suivre.*)

OVARITE SUPPURÉE.

ABCÈS ENKYSTÉ DE L'OVAIRE GAUCHE. PELVI-PÉRITONITE RÉTRO-UTÉRINE. TUBERCULOSE PULMONAIRE PEU ÉTENDUE — MORT RAPIDE.

Par le Dr **Maurice Letulle**, médecin des hôpitaux.

L'observation que nous rapportons ici n'a pour ainsi dire pas d'histoire clinique. La malade qui en fait le sujet n'a pas été suivie avec tout le soin désirable. Elle arriva le 18 juillet dans un des deux services dont nous venions d'être chargé comme suppléant, à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, la malade se plaignait de souffrir de violentes coliques depuis huit jours, de diarrhée, de vomissements et de céphalalgie. La langue est sèche; nausées, diarrhée abondante; le pouls est petit et fréquent, 120; T. a., 38°,6. L'abdomen est un peu ballonné et surtout douloureux dans les régions épigastrique et hypochondriaques.

L'examen de la poitrine donne des renseignements qui paraissent importants: submatité aux deux sommets, dans les fosses sous-claviculaires; la toux y est retentissante; on y entend également quelques craquements secs; quelques râles dans le reste de la poitrine. Les signes d'une tuberculose peu avancée sont donc indiscutables.

Restait à savoir comment interpréter les phénomènes généraux accusés par la malade. Il ne fallait pas penser à une fièvre typhoïde; la rate ne donnait pas de matité, la température était peu élevée. Nous songeâmes à une poussée tuberculeuse subaiguë et nous nous demandâmes s'il n'était pas possible

d'expliquer les douleurs épigastrique et hypochondriaques (le foie et la rate n'étant pas volumineux) par une lésion péritonéale probable et tuberculeuse. Malheureusement le toucher vaginal ne fut pas pratiqué le jour de l'entrée.

Quatre jours après, la malade succombait presque subitement, le matin, à sept heures et demie. Elle venait de se plaindre, en se réveillant, d'avoir envie de vomir, lorsqu'on s'aperçut qu'elle était morte.

Pendant ce court séjour dans nos salles, les phénomènes fonctionnels et généraux n'avaient pas changé. Nous surveillions l'évolution de cette fièvre insolite, en soupçonnant une péritonite circonscrite sus-ombilicale de nature probablement tuberculeuse, car les douleurs restaient localisées à l'épigastre et aux hypochondres (1).

L'autopsie nous révéla l'existence d'une pelvi-péritonite secondaire à une ovarite suppurée. L'erreur, on le voit, était aussi complète que possible. Car, comme nous le disons plus bas, *il n'y avait pas trace de lésions tuberculeuses* dans la cavité péritonéale, pas plus d'ailleurs que dans les parois de l'ovaire abcédé. L'examen histologique l'a clairement démontré :

Autopsie faite le 25 juillet (2).

L'encéphale est normal.

Les poumons présentent d'anciennes adhérences dans toute

---

(1) La courbe thermométrique a été recueillie avec soin. Nous la donnons ici. Elle est remarquable par sa faible élévation et indique bien le peu d'intensité des phénomènes généraux :

Température axillaire :

18 juillet. Soir, 38°,6.

Le 19. Matin, 38°,4. Soir, 38°,6.

Le 20. — 38°,2. — 38°,4.

Le 21. — 38°,5. — 38°,7.

Le 22. — 38° — 38°,9.

Le 23. — 38°,2. — 39°.

Mort le 24, à 7 heures 1/2 du matin.

(2) Les pièces ont été présentées à la Société anatomique (V. *Bull. Soc. anat.*, séance du 21 novembre 1884).

leur étendue. Quelques tubercules anciens, surtout vers les sommets, principalement à droite.

Le cœur n'offre rien d'anormal.

Les voies digestives sont saines, ainsi que le foie et les reins.

La rate est peu volumineuse, diffluente.

Dans la grande cavité péritonéale on ne trouve aucune trace de péritonite.

En revanche l'excavation pelvienne est comblée par des adhérences péritonéales étendues entre le rectum, l'utérus et ses annexes. En écartant ces adhérences on tombe sur une péritonite pelvienne qui s'est collectée du côté droit en formant une cavité limitée en avant par la face postérieure de l'utérus, et la face postérieure du ligament large, droit, et en haut par la trompe épaissie et accolée au péritoine pelvien, jusqu'au niveau du bord droit du rectum, auquel le pavillon déformé et épaissi adhère intimement.

La trompe est donc considérablement déviée et immobilisée contre la partie postérieure de l'excavation pelvienne.

L'ovaire droit, recouvert de fausses membranes peu anciennes, est couché dans une sorte de nid limité par la trompe en arrière, le ligament rond en avant. Dans cette région, l'ovaire adhère intimement à la trompe dans une étendue d'au moins 2 centimètres; cette adhérence commence au niveau même du corps de l'utérus, en sorte que l'ovaire complète pour ainsi dire la paroi supérieure de la cavité purulente intra-péritonéale.

Du côté gauche, les lésions sont différentes et beaucoup plus étendues. La trompe tout d'abord adhère dans toute sa hauteur à la face postérieure de l'utérus ; aussi se dévie-t-elle après avoir quitté la corne utérine gauche. Son trajet est le suivant : contournant en arrière cette corne, elle monte verticalement sur le fond de l'utérus, descend aussitôt sur la face postérieure en s'inclinant à droite dans ce second trajet au point de gagner la ligne médiane ; puis arrivée au niveau du cul-de-sac postérieur, elle se détourne à gauche et remonte en formant un C, pour se perdre presque aussitôt dans une énorme cavité

purulente située à gauche de l'utérus. *Cette cavité purulente n'est autre chose que l'ovaire suppuré.* Avant de la décrire, notons que les deux trompes sont épaissies, mais surtout la trompe gauche, laquelle est considérablement dilatée au point d'admettre facilement une sonde de trousse dans sa cavité; elle est remplie de pus.

L'*ovaire suppuré*, dans lequel s'abouche la trompe gauche, forme une tumeur du volume d'une très grosse noix; elle est parfaitement circonscrite et isolée du reste de la cavité péritonéale; elle est remplie de pus, et ses parois sont limitées de la façon suivante : en avant par le ligament rond et la face potérieure du ligament large; en haut par une partie des annexes contenant un kyste du volume d'une grosse noisette, rempli d'un liquide citrin, adhérent au bord gauche de la trompe, au niveau même de sa réflexion rétro-utérine. Sa paroi très mince, sous-péritonéale (2 millimètres environ), lisse et égale, ne permet pas de considérer ce petit kyste comme l'ovaire altéré. Sa face profonde repose sur la poche purulente et, en deux endroits différents, l'épaisseur qui l'en sépare est minime.

La cavité purulente correspond, par sa partie postérieure, à la terminaison de la trompe réfléchie; ses parois sont irrégulières, anfractueuses, surtout à sa partie antéro-inférieure. On y trouve des cloisons incomplètes formant des sortes de petits diverticules irrégulièrement arrondis. La partie la plus antérieure (celle qui touche au ligament large) offre un aspect remarquable rappelant parfaitement, sur une surface de 2 centimètres environ, celui que présente la cavité d'une auricule du cœur, avec ses colonnes charnues de troisième ordre. Il s'agit peut-être, en somme, d'un ovaire kystique peu volumineux, ayant subi l'influence d'un processus inflammatoire : dans cette hypothèse, la poche aurait préexisté, la suppuration aurait suivi. C'est à cette dernière opinion que se rattacherait le professeur Cornil.

L'utérus est peu volumineux; le col cependant est hyper-

trophié et sa lèvre postérieure est étalée. Sa cavité est normale.

Rien à noter ni au rectum, ni à la vessie. En aucun point, on ne trouve de lésions tuberculeuses.

L'examen histologique des parois de la poche ovarienne suppurée n'a pas permis de retrouver la structure de la glande plus ou moins altérée.

Les coupes portant sur la partie postéro-inférieure de la poche purulente montrent des couches successives et irrégulièrement disposées, où les fibres musculaires lisses, réunies en faisceaux, sont encore parfaitement reconnaissables. De grandes fentes vasculaires, gorgées de globules rouges et de leucocytes, indiquent, çà et là, le passage de lacis veineux propres aux annexes de l'utérus. Il est impossible de reconnaître dans toutes ces régions de la poche ce qui pourrait appartenir au pavillon de la trompe, au ligament de l'ovaire, à l'ovaire lui-même, et en général au ligament large.

Les artères sont nombreuses, entourées fréquemment de nombreuses cellules embryonnaires. Enfin, dans ce tissu si riche en fibres lisses, on aperçoit de place en place des fentes gorgées de leucocytes, sans aucun globule rouge. Ces sortes d'amas embryonnaires ne sont que des fentes lymphatiques, car, sur quelques points, on reconnaît une bordure incomplète de cellules endothéliales plus ou moins altérées, mais caractéristiques.

Pas trace de cellules géantes, ni d'îlots de follicules tuberculeux. La plupart des petits vaisseaux capillaires sont reconnaissables, aisément isolés par l'hématoxyline, et ne paraissent pas oblitérés. Quelques artérioles sont cependant atteintes d'un léger degré d'endartérite.

Sur d'autres coupes, plus antérieures, la paroi n'est pour ainsi dire composée que de tissu conjonctif gorgé d'éléments embryonnaires. La recherche des bacilles tuberculeux (méthode d'Erlich) a été négative.

La présente observation se passe de commentaires. Elle est

nulle au point de vue clinique, mais la description clinique de l'ovarite a été faite de main de maître, et nous ne pouvons nous flatter d'y ajouter aucun détail. Il nous reste le regret de ne l'avoir point constatée sur la malade.

Quant à l'autopsie, elle est valable, car elle a été faite avec le plus grand soin. Qu'il s'agisse, en réalité, d'un ovaire déjà altéré par une transformation kystique naissant à peine, puis envahi, sans cause connue, par la suppuration, ou bien que nous soyons en présence d'une suppuration ovarienne et péri-ovarienne enkystée, l'importance du fait en lui-même est considérable. Ovarite suppurée *primitive* ou *secondaire* à une lésion kystique antérieure, c'est toujours à un *abcès de l'ovaire* que nous avons eu affaire. Et cet abcès n'était pas tuberculeux. Voilà ce qui ressort clairement de la description précédente. Notre excellent maître le Dr Gallard, à qui nous avons montré les pièces en question, a confirmé pleinement notre diagnostic anatomique. Ce document a donc, à nos yeux, une réelle valeur, et c'est la raison qui nous a décidé à le publier malgré ses lacunes.

ÉTUDE DU THROMBUS DE LA VULVE ET DU VAGIN

DANS SES RAPPORTS AVEC L'ACCOUCHEMENT

Par Madame Sasonoff, médecin en chef de la maison d'accouchement de la Kolonna à Saint-Pétersbourg.

(*Travail de la clinique d'accouchement du* PROF. SLAVIANSKY.)

Quels que soient le nombre et l'importance des travaux déjà parus, touchant le thrombus de la vulve et du vagin dans ses rapports avec l'accouchement, on ne peut considérer la question comme suffisamment étudiée. Nous trouvons en partie l'explication de ce fait dans la rareté même de l'accident.

D'après Winckel (1), il ne surviendrait en moyenne que 1 fois sur 1,600 accouchements. Hugenberger (2) l'a observé 11 fois sur 14,000, à la Maternité de Saint-Pétersbourg ; Hecker (3) 2 fois sur 17,200, à Munich ; Spiegelberg (4) 3 fois sur 3,000 ; Charpentier (5) 1 fois sur 1,800 ; enfin, à la Maternité de Saint-Pétersbourg (6), on ne compte, sur 19,396 accouchements, que 8 cas de thrombus. Encore parmi ces derniers, 2 reconnaissent-ils une cause traumatique (chute) et se sont-ils produits en dehors de l'accouchement. Si nous écartons maintenant les statistiques imparfaites qui proviennent de services d'accouchements d'importance secondaire, pour ne nous baser que sur les chiffres que nous venons de citer, il en résulte : *qu'en moyenne, l'hématome de la vulve et du vagin se rencontre* 1 *fois sur* 2,375 *accouchements.*

Mais la rareté de l'accident ressort bien davantage si nous groupons, si nous mettons en regard les différents cas qui ont été observés, et les particularités de l'accouchement spéciales à chacun d'eux. Ainsi, depuis 1830, époque à laquelle parut le travail de Deneux, nous n'avons pu relever qu'une seule observation de thrombus, en tant que complication du travail dans 1 cas de grossesse triple, et 9 seulement qui étaient associés à la naissance de jumeaux. Nous ne disposerions que de faits encore moins nombreux, si nous tenions à préciser l'importance que prend l'hématome lorsqu'il survient pendant la première période du travail, c'est-à-dire pendant la période de dilatation du col. Il n'existe, en effet, que 3 cas de cet ordre. Nous n'en avons à peu près que le même nombre, *cinq*, sur lesquels nous puissions nous fonder pour tâcher d'éluci-

(1) Winckel. *Pathologie u. Therapie d. Wochenbett.*

(2) Hugenberger. *Petersburg med. Zeitschrift*, 1865.

(3) Hecker. *Beobacht. u. Untersuch. aus der. Gebäranstalt zu München*, 1859-79, 1881.

(4) Spiegelberg. *Lehrbuch d. Geburtsh.*

(5) Charpentier. *Traité pratique des accouchements*, II, 1883.

(6) *Compt. méd. de l'établissement d'obstétrique de Saint-Pétersbourg* 1873-76.

der cette double question importante : 1° *influence de la production du thrombus sur la marche du travail dans les cas de grossesse gémellaire; 2° quelle conduite faut-il suivre quand l'hématome apparaît dans l'intervalle de la naissance des deux fœtus?* Convient-il d'intervenir activement, ou est-il préférable de confier aux seuls efforts de la nature le soin d'expulser le second fœtus à travers le conduit vaginal obstrué par la tumeur? Malheureusement nous ne disposons pas encore d'éléments assez complets pour apporter une solution définitive à ces questions.

Les exemples précédents n'arrivent pas cependant à mettre pleinement en relief combien nos connaissances touchant le thrombus de la vulve et du vagin sont insuffisantes. Aussi, dans le tableau suivant, j'ai essayé de grouper, suivant leur nature, leur siège, le moment de leur production, etc., en somme, d'après les circonstances essentielles qui les caractérisent, les différentes observations d'hématome qui ont été relatées d'une façon plus ou moins complète. J'espère que ce tableau permettra de bien apprécier combien est grande notre pénurie quant aux documents relatifs au sujet qui nous intéresse.

Ce n'est pas seulement la partie statistique du sujet qui réclame de nouvelles informations. Toutes les questions théoriques relatives à la nature, à la marche, au pronostic et au traitement du thrombus exigent que l'on recueille avec la plus grande exactitude, un grand nombre d'observations. Ces dernières se différencieront de celles qui ont été publiées jusqu'en 1870, parce qu'à cette époque, les principes d'une antisepsie rigoureuse commencèrent peu à peu à passer dans la pratique.

Toutes ces considérations m'engagent à m'arrêter un instant sur un cas d'hématome survenu durant la naissance de deux jumeaux et que j'ai observé, à la seconde maison d'accouchement du quartier de la Kolonna. J'ajouterai ensuite quelques réflexions touchant les différentes phases de l'affection qui posséderont, je l'espère, un intérêt à la fois théorique et pratique.

Je trouve d'ailleurs dans l'insuffisance de la littérature médicale à propos du thrombus, une raison de plus pour bien étudier le fait de ce genre qui s'est présenté à mon observation.

Observation.

Anna K..., primipare, âgée de 24 ans, de forte constitution, entra le 13 août 1883, à 8 h. 15 du matin, à la maison d'accouchement placée sous ma direction. Menstruée à 16 ans, ses règles étaient régulières et duraient sept jours. Elle ne se souvint pas de la date de la dernière menstruation. Elle s'était très bien portée tout le temps de sa grossesse ; mais, au début et sans pouvoir préciser dans quelles circonstances, elle perdit, à deux reprises, un peu de sang. Vers le milieu de la gestation, elle eut une épistaxis. La rupture de la poche des eaux eut lieu le 14 à 4 heure du matin. Les premières douleurs apparurent à ce moment, d'abord faibles, puis, vers 6 heures, elles devinrent plus énergiques. A mon arrivée à la maison d'accouchement, la dilatation était à peu près complète et je constatai une présentation du sommet, en position O. I. D. P., la tête occupant encore la portion la plus élevée de l'excavation. Les douleurs étaient normales. Quant aux mensurations, elles fournirent les chiffres suivants :

Distance entre les E. I. A. S.	25 cent.
— Crêtes	28 —
— Trochanters	31 —
Circonférence du ventre	103 —
Hauteur du fond de la matrice	33 —

L'examen extérieur faisait supposer qu'il s'agissait d'une grossesse gémellaire.

Malgré la régularité et la force des contractions, le travail n'avançait que très lentement. Trois heures après la dilatation complète de l'orifice, la tête restait encore aussi élevée, suivant le diamètre transversal de l'excavation. Cependant, au bout d'une heure, elle gagna le détroit inférieur, où elle arriva en position occipito-pubienne. Enfin, à 1 h. 25 m. de l'après-

midi, vint au monde un enfant vivant, qui pesait 2,200 gr., mesurait 47 centimètres en longueur et 35 centimètres de circonférence céphalique. Le périnée de la femme était intact. Le palper abdominal permit de constater la présence dans la matrice d'un second fœtus et par le toucher on put sentir une deuxième poche des eaux, se rendre compte que l'orifice cervical était quelque peu rétréci et reconnaître qu'il s'agissait maintenant d'une présentation du siège. Quant à la femme, elle se sentait très bien. Mais en l'examinant de temps à autre, je m'aperçus, au bout de trois quarts d'heure, que le côté gauche avait augmenté de volume et formait avec la partie postérieure et inférieure du vagin une tumeur du volume d'un œuf de poule et de coloration bleu foncé, qui en outre était fortement tendue et très douloureuse au toucher. Comme la tuméfaction augmentait rapidement, elle créait manifestement un obstacle sérieux à la sortie du deuxième fœtus. Il devenait indispensable de terminer l'accouchement par une extraction rapide. L'introduction de la main, qui fit beaucoup souffrir la parturiente, ne s'accompagna d'aucune espèce de difficultés. A 3 heures de l'après-midi, rupture artificielle des membranes et extraction par les pieds. Dégagement de la tête venant dernière, d'après la méthode dite de Prague. Le nouvel enfant, qui était du sexe féminin, égalait presque son frère en poids et en dimensions : poids, 2,100 grammes; longueur, 45 cent.; circonférence de la tête, 31 centimètres. On fit la délivrance suivant la méthode d'expression du placenta, de Crédé. Et il ne se produisit pas d'hémorrhagie externe. L'accouchée souffrait beaucoup dans les parties génitales, son visage était décoloré et son pouls battait quatre-vingt-dix fois par minute. Cependant l'état général était satisfaisant.

Après l'accouchement, la tumeur augmenta rapidement de volume, prit une coloration noirâtre, et s'étendit jusque dans la grande lèvre gauche. Au toucher, on put constater que la cavité du vagin était le siège d'une tuméfaction proéminente, tendue, et qui refoulait la matrice en haut de façon à rendre la portion vaginale inaccessible. Le fond de la matrice, déjeté

à droite, se trouvait à 22 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Le cathétérisme de la vessie était rendu très difficile.

On fit prendre à l'accouchée 29 grains de seigle ergoté et on appliqua de la glace dans le vagin et sur les parties génitales externes. La tumeur cessa d'augmenter, les douleurs diminuèrent et la femme se sentit mieux.

Comme, par suite des réparations que l'on faisait dans une maison d'accouchement voisine, la nôtre était un peu encombrée, et qu'on jugeait en outre prudent de ne pas laisser la malade au milieu de personnes bien portantes, on la transporta avec les plus grands ménagements à la clinique du professeur Slaviansky, où je pus suivre très minutieusement la marche ultérieure de la maladie. En voici les détails :

Le premier jour, la tumeur ne présente aucune modification. Il existe de l'œdème de la grande lèvre du côté droit. L'utérus est élevé, dévié à droite et douloureux à la palpation. T., 40°, P., 100° environ. Traitement : sulfate de quinine, seigle ergoté, pansement iodoformé, injections phéniquées avec une solution à 2 1/2 0/0, repos absolu et défense rigoureuse de nourrir. Les injections ramènent un nombre considérable de caillots sanguins.

Le troisième jour, la cavité vaginale est un peu plus libre, cependant la tumeur remonte encore assez haut pour rendre inaccessible la portion vaginale de l'utérus. Les grandes lèvres sont moins enflées.

Le quatrième jour, les lochies ont un peu d'odeur. Elles sont tantôt jaunâtres, tantôt rougeâtres. Il se produit quatre épistaxis. Les évacuations continuent à être régulières.

Le huitième jour, 21 août, il se forme au niveau de la muqueuse qui correspond à la grande lèvre, et, sous la symphyse, une ouverture qui permet au doigt de pénétrer dans une cavité, remplie de caillots, limitée en dedans par le vagin, en dehors, par la grande lèvre.

Les injections ramènent un assez grand nombre de caillots, de couleur foncée. La cavité se rétrécit rapidement, et le con-

duit vaginal devient beaucoup plus facilement perméable. On ne peut cependant encore atteindre la région des culs-de-sac. La matrice est toujours douloureuse au palper. Les mictions se font tantôt spontanément, tantôt à l'aide du cathétérisme.

Le onzième jour après l'accouchement, trois jours après l'ouverture spontanée de la tumeur, la cavité accidentelle est presque complètement débarrassée de ses caillots, ses parois sont fermes et l'orifice n'admet que difficilement un tube de caoutchouc de calibre moyen. Fétidité des lochies à peine appréciable. La sensibilité de l'utérus au palper a presque complètement disparu. Le fond de l'organe est à 9 cent., au-dessus de la symphyse. Le liquide des injections ne ramène presque plus de caillots de l'intérieur de la cavité, dont l'ouverture est devenue plus étroite. Les parois vaginales sont encore douloureuses et tendues. La température vespérale oscille habituellement autour de 38°.

Un mois après l'accouchement, la malade est en état de quitter la clinique. Sa santé générale est des plus satisfantes. Depuis dix jours, sa température et son pouls sont absolument normaux. La cavité de la tumeur s'est comblée de bourgeons charnus et son ouverture est à peu près fermée.

Trois mois et demi après, je vis Anna K..., elle était en parfaite santé. Elle avait déjà eu deux fois ses règles sans qu'elles lui eussent occasionné la moindre souffrance; en un mot elle ne se plaignait de rien.

Mais avant d'entrer dans l'analyse intime du cas que je viens de rapporter, je désire relater brièvement les cas analogues que l'on retrouve, çà et là, dans la littérature médicale.

Observation I (de Baudelocque, citée par Deneux et Girard) (1).

Au moment de l'expulsion de la tête du second enfant, on remar-

(1) Girard. *Contribution à l'étude du thrombus de la vulve et du vagin dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement* (Th. Paris, 1874, p. 21).

qua qu'il se formait un thrombus qui augmentait rapidement de volume. Il occupait la partie postérieure du vagin, la grande lèvre du côté gauche et la région fessière correspondante. On incisa la tumeur pour écarter l'obstacle apporté à l'accouchement. Jusqu'au quatorzième jour, l'état de la femme resta satisfaisant. La troisième semaine, écoulement ichoreux et *mort* le cinquante-unième jour.

OBSERVATION II (de Schneider) (1).

Formation d'un hématome de la grande lèvre gauche pendant qu'on extrayait, par la version, le second fœtus (déflexion du bras). La tumeur se rompit durant l'extraction de la tête. *Guérison.*

OBSERVATION III (de Ané, citée par Jacquemier) (2).

L'hématome se produisit après la naissance du premier enfant. Il prit, en très peu de temps, des proportions énormes et occupait le vagin, la grande lèvre gauche et une partie de la région fessière. Incision de la tumeur, version et extraction du second fœtus. Troisième semaine, suppuration ichoreuse et fétide. Mort le quarantième jour.

OBSERVATION IV (de Hugenberger) (3).

Femme VIIpare, 45 ans, bonne constitution. Elle entra à l'hôpital six heures après avoir mis au monde un des jumeaux, lequel naquit vivant et fort. Absence des battements cardiaques du second fœtus. Hémorrhagie considérable, pouls presque imperceptible, facies pâle, extrémités refroidies. La grande lèvre gauche était le siège d'une tumeur tendue de la grosseur du poing. Absence des contractions utérines. Terminaison de l'accouchement par l'extraction du second fœtus. Délivrance artificielle.

Les deux premiers jours, l'accouchée se sentit assez bien. Mais le troisième, elle eut des frissons, de la fièvre, mal à la tête et de la fréquence du pouls. L'hématome se rompit et il s'écoula une grande quantité de sang noir et fétide. La cavité occupait une partie du vagin et du périnée. Les jours suivants, la fétidité des lochies augmenta,

(1) *Siebold's Journal*, XI, p. 105.

(2) Jacquemier. *Manuel des accouchements*. Paris, 1846, p. 324.

(3) *Petersb. Med. Zeitschrift.*, IX Bd., 1865.

et les frissons réapparurent. Il se produisit en outre des douleurs dans les extrémités; enfin, la *mort* arriva, par pyohémie, le huitième jour.

OBSERVATION V (de Scanzoni) (1).

Sur quinze observations de thrombus, cet auteur a également vu une fois l'accident survenir dans l'intervalle des naissances de deux jumeaux. Ce cas se termina par la *mort*.

Les autres cas de thrombus, disséminés dans la littérature médicale et qui se rapportent à des grossesses gémellaires, se sont produits tantôt au cours de la gestation, tantôt dans la période des suites de couches. Aussi, ils n'ont pas avec le mien des relations immédiates.

Ainsi, Navas (2) a observé la production de l'hématome chez une femme VIpare, enceinte de deux jumeaux. L'accident survint pendant le neuvième mois. La tumeur était de la grosseur du poing. Navas pratiqua sur la partie la plus élevée du thrombus une incision qui fut suivie d'hémorrhagie. *Guérison*. Pas de complication durant les suites de couche.

Zucher (3), à la clinique de Spath, vit apparaître un hématome le sixième jour après la naissance de deux jumeaux. *Guérison* parfaite.

Il est bon de rapporter ici un cas observé à Saint-Pétersbourg (4), à la maison d'accouchement.

On constata, après la naissance rapide (5 heures) de deux jumeaux, un hématome déjà rompu. L'accouchée présenta des phénomènes très sérieux associés à des accidents de gangrène vaginale et de paramétrite. Elle eut de la fièvre jusqu'au dix-huitième jour. Cependant elle se rétablit parfaitement.

---

(1) Scanzoni. *Lehrbuch der Geburtsh*, 1867. Bd. II., p. 340.

(2) Hervieux. *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales dans les suites de couches*. Paris, 1870, p. 492.

(3) *Wiener med. Wochenschrift*, 1878, n° 52.

(4) *Statistique médic. de l'établiss. d'obst. de Saint-Pétersbourg*.

On a observé, dans le même établissement (1), un autre cas d'hématome, développé tardivement, à la suite de la naissance encore plus rapide (1 heure 28) que dans le fait précédent, de deux jumeaux. Déchirure du périnée. On fit une suture, mais elle se défit. Endométrite diphthéritique et paramétrite septique. Le sixième jour, hématome de la grande lèvre du côté droit. *Mort* le huitième jour.

Je mets de côté les quatre derniers cas de thrombus, pour ne considérer que les cinq premiers qui sont survenus dans les mêmes circonstances que le mien.

Il en résulte que dans toute la littérature médicale que j'ai eu à passer en revue, je n'ai trouvé que cinq observations dans lesquelles le thrombus est apparu dans l'intervalle des naissances de deux jumeaux. Deux fois, dans ces cinq cas, il est arrivé qu'on a incisé la tumeur dans le but de lever l'obstacle, et deux fois, qu'on a eu recours à des opérations dans le but de hâter l'accouchement. Enfin, de ces cinq cas, *quatre* se sont terminés par la *mort*, *un seul* a abouti à la *guérison*. Il faut ranger parmi ceux qui ont eu une terminaison funeste, celui dans lequel l'hématome a été incisé pendant le travail.

Bien que nous ne disposions que de quelques faits de cette nature, nous pouvons en tirer cette conclusion générale : qu'en pareilles circonstances *l'hématome est dans le cas d'apporter un obstacle sérieux à l'accouchement et que cet obstacle peut rendre nécessaire une incision destinée à faire disparaître la tumeur*. Ils nous indiquent, en outre, que nous devons terminer artificiellement l'accouchement, ou par ce procédé ou d'une autre manière.

D'un autre côté, le fait que l'incision avait été faite dans les cas qui, précisément, se sont terminés par la mort, ne nous permet pas d'y avoir recours dans des circonstances sem-

(1) *Bullet. médic. de l'établiss. obst. de la maison impériale des Enfants-Trouvés à Saint-Pétersbourg*, 1848-1871.

blables, ni même d'attendre que la rupture de la tumeur se fasse spontanément.

On pourrait peut-être expliquer en partie ces terminaisons malheureuses de la façon suivante : *Production de blessures fraîches créant de véritables surfaces d'absorption des substances toxiques et existence au niveau de la cavité de l'hématome de vaisseaux béants également susceptibles de résorber ces éléments nocifs.*

L'ouverture spontanée ou artificielle des thrombus ou des abcès qui ont pu se former consécutivement, lorqu'elle a lieu à une date de plus en plus éloignée du jour où la femme est accouchée, peut être considérée comme moins redoutable, pour plusieurs raisons : *On arrive aujourd'hui à déterminer la thrombose des vaisseaux rupturés ; en outre, la diminution et, pour ainsi dire, l'asepticité de l'écoulement lochial constituent des avantages importants que l'on peut retirer de l'emploi de la méthode antiseptique.*

En outre, les grands dangers que peuvent occasionner les hémorrhagies auxquelles donnent lieu les thrombus ouverts (la mort a été, dans un assez grand nombre de cas, 8,24 0/0, ou 7,85, causée par l'hémorrhagie seule, voir le tableau ci-joint), me décident à me prononcer contre l'incision. Même dans les cas où l'on observe une interruption dans l'accroissement de l'hématome, et dans lesquels Scanzoni (1) et Hugenberger (2) ont conseillé résolument de recourir à l'incision, cette interruption ne nous garantit pas absolument contre une hémorrhagie nouvelle. Plusieurs auteurs cités par Winckel (Haase, d'Outrepont, Laux et Deneux) nous ont rapporté des faits de cette nature dans lesquels on vit l'hématome se remplir et se vider à plusieurs reprises, en donnant lieu à des hémorrhagies successives. Boronoff (3) cite également un cas où la tumeur se rompit et se remplit deux

(1) Scanzoni. *Lehrbuch der Geburtsh*, 1867, B. II.
(2) *Saint-Pétersbourg med. Zeitschr.*, IX, B., 1865
(3) *Schmidt's Jahrburch.*, Bd., 1852, 1879.

fois avant la naissance de l'enfant. Après l'accouchement, elle se remplit une troisième fois pour se rompre de nouveau et la femme succomba avec des phénomènes convulsifs.

Le Dr Jastreboff a également observé à la maison d'accouchement de Pokrava un hématome du vagin qui se remplit à deux reprises différentes. Le cas se termina heureusement. Il était survenu, chez une primipare, après un travail qui avait duré 12 heures. L'histoire de cette malade m'ayant été très obligeamment offerte par le Dr Jastreboff, c'est avec son plein consentement que je la rapporte dans ce travail :

Observation VI.

Catherine B..., 24 ans, primipare, entre à la maison d'accouchement de Pokrava le 12 janvier 1880. Sa santé a été bonne avant et pendant la grossesse. Présentation du sommet en O. I. G. A. La tête est dans l'excavation. Apparition des premières douleurs le 12 janvier, à 2 heures du matin. Ruptures des membranes, à midi, l'orifice étant complètement dilaté. Naissance de l'enfant à 1 heure 10 minutes. Délivrance naturelle à 1 heure 30 minutes.

Une heure après, en essayant de pratiquer le cathétérisme, on remarque une tuméfaction qui occupe la paroi postérieure du vagin. A ce moment, la malade se plaint de douleurs très aiguës qui se localisent dans la région inférieure du bassin. Elle éprouve comme des besoins d'aller à la garde-robe. Elle a été également prise, immédiatement après l'accouchement, de douleurs, mais d'un caractère moins aigu. Par le toucher, on constate que l'excavation est, presque en totalité, occupée par une tumeur qui confine à la symphyse pubienne. La matrice est refoulée en haut de telle façon qu'on atteint à peine sa portion vaginale. Le toucher rectal permet de constater qu'au niveau de la surface antérieure du sacrum la tumeur comprime le rectum. Au bout de quelques instants, elle se rompt brusquement et laisse échapper une grande quantité de sang qui s'écoule par le vagin. On pratique à nouveau l'examen interne, mais on ne trouve plus de tumeur. Elle se reproduit bientôt néanmoins au même endroit et, en quatre heures, elle acquiert les dimensions primitives, puis se rompt de la même manière, mais avec moins de fracas. Une nouvelle exploration fait constater qu'elle n'a pas totalement disparu. Elle conserve

encore le volume d'une petite orange et occupe les deux tiers supérieurs des parois postérieures du vagin. On applique alors de la glace et ce moyen empêche que la tumeur ne reprenne ses dimensions primitives, bien qu'elle continue à s'accroître pendant un certain temps. L'ouverture de l'hématome permet au doigt explorateur de pénétrer librement dans une excavation, remplie de caillots, qui siège au niveau de la portion supérieure de la cloison recto-vaginale.

Le deuxième jour après l'accouchement, on transporte la malade à la clinique du professeur Slaviansky.

Pendant une quinzaine de jours, la température se maintient autour de 40°, niveau qu'elle dépasse de temps à autre. Le pouls est à 100 environ. Lochies odorantes. On irrigue constamment la cavité avec une solution phéniquée à 2 0/0.

Trois semaines après, la malade est rétablie. Quant à l'ouverture de la tumeur, elle n'est pas entièrement cicatrisée, mais elle n'est plus représentée que par une fente. Il existe enfin un peu d'épaississement au niveau du tiers moyen de la paroi vaginale postérieure.

En opposition avec les partisans de l'incision, Schrœder (1) considère la résorption spontanée de la tumeur comme constituant la terminaison la plus favorable. Winckel (2) se prononce également contre la pratique de l'incision immédiate, même dans les cas où la tumeur cesse de s'accroître. Hervieux (3) dit que l'indication d'y recourir dans des cas d'urgence et de nécessité absolue n'est pas suffisante pour ériger cette pratique en méthode. Vernich (4) repousse, d'une manière générale, l'incision et ne la conserve qu'à titre d'opération de nécessité, dans les cas où l'obstacle ne peut être autrement écarté. Olshausen (5) fait remarquer tout spécialement les dangers d'une hémorrhagie secondaire, et reconnaît qu'on ne doit inciser le thrombus que s'il apporte de sérieuses entraves à l'accomplissement du travail. On peut, en se fondant sur les consi-

(1) Schrœder. *Lerbuch der Geburtshülfe.*
(2) Winckel. *Pathologie u. Therap. d. Wochenbett.*
(3) Hervieux. *Loc. cit.*
(4) Vernich. *Beitrage f. Geburtsh. u. Gynæk.*, III.
(5) Vernich. *Beitrage f. Geburtsh. u. Gynæk.*, III.

dérations précédentes, poser comme règle générale : *d'éviter autant que possible l'incision de l'hématome que l'on pourrait pratiquer dans le but de lever l'obstacle qui gêne la naissance du second fœtus.*

Il ressort de cette règle l'indication de l'opportunité d'une intervention active quelconque propre à hâter l'accouchement et du temps où il convient d'y avoir recours.

Comme il est possible que l'hématome augmente tellement de volume qu'il parvienne à créer, en dépit des interventions obstétricales proprement dites, des difficultés très considérables à la terminaison de l'accouchement, l'incision de la tumeur, malgré tous les inconvénients qu'elle comporte, peut devenir nécessaire. Aussi, pour toutes ces raisons, *dès qu'il existe la moindre apparence de la formation d'un thrombus, est-il sage de hâter la terminaison de l'accouchement, soit par l'incision elle-même, soit par un procédé différent, en réglant toujours son intervention d'après les circonstances particulières à chaque cas.*

A ce point de vue, la version et l'extraction du second enfant sont susceptibles de recevoir une large application, d'autant plus que la sortie du premier fœtus influe favorablement sur la dilatation de l'orifice et facilite l'introduction de la main ou du forceps dans les voies génitales.

Sans doute, on ne peut avoir la certitude que la rupture de l'hématome n'aura pas lieu tout de suite après le travail. Mais, en aucun cas, il n'est sage d'attendre cette rupture pour arriver à se mettre un peu plus tard dans la nécessité absolue d'inciser. L'observation que j'ai relatée plus haut donne à penser que la rupture de la tumeur, même dans les cas où elle est suffisamment volumineuse pour occuper toute la hauteur du vagin, ne constitue pas un fait habituel. Mais si l'on perd du temps, si l'on néglige d'intervenir à propos, on est alors forcé d'inciser pour rendre possible la terminaison de l'accouchement, et, ce faisant, on diminue les chances de guérison.

On peut tenir le même raisonnement à propos d'un hématome qui survient, à l'occasion d'une grossesse simple, avant

la naissance de l'enfant. Cependant, ici, l'état des voies génitales, et pour ainsi dire leur degré de préparation pour l'accouchement, peut parfois contre-indiquer n'importe quelle intervention. On est alors dans l'obligation d'attendre, auquel cas la rupture spontanée ou l'incision de la tumeur deviennent absolument nécessaires. Et il n'y a pas de délai possible, lorsque surtout le thrombus est d'un volume considérable.

On voit par l'analyse des faits que les circonstances dans lesquelles on est forcé d'attendre lorsqu'on assiste à la formation de l'hématome, sont en réalité peu fréquentes, puisque sur 85 cas, on n'en trouve que 3 ou 3,5 0/0 pour la période de la dilatation ; 26 ou 30,5 0/0 pour celle de l'expulsion, à une époque par conséquent, où l'état des voies génitales n'exclut pas une intervention active; enfin, le plus grand nombre, 42 ou 49,4 0/0, qui étaient associés à des grossesses simples et 11 ou 12,95 0/0 à des grossesses multiples, sont survenus après l'accouchement.

La méthode de thérapeutique que j'ai adoptée chez ma malade a été basée sur les indications qui ressortent de l'analyse des faits publiés. Dès que je me suis aperçu de la formation de l'hématome, j'ai procédé à l'extraction du second fœtus. Quelques instants après, la tumeur avait acquis un si grand volume qu'elle obstruait le vagin de telle façon que le doigt explorateur ne pouvait arriver sur la portion vaginale.

Si l'on n'intervenait pas à temps, il y aurait nécessité impérieuse, avant de procéder à quoi que ce soit, de pratiquer l'incision, ce qui en plein travail doit être évité pour toutes les raisons que nous avons données.

Dans notre cas, la tumeur s'est rompue il est vrai, mais la rupture ne s'est produite que huit jours après l'accouchement, à une époque par conséquent où les conditions dans lesquelles se trouvaient les organes pelviens, quant à l'état des voies d'absorption des substances nocives et à la nature même de ces substances, étaient bien différentes de celles qui existaient *sub partu*.

Je voudrais arrêter ici l'examen de mon observation: toute-

fois, je désire, auparavant, dire quelques mots sur l'étiologie. de l'hématome. Bien que ce cas ne résolve pas définitivement la question, l'existence de quelques circonstances qui ont accompagné la formation de la tumeur, ainsi que celle de certaines conditions inhérentes à l'organisme même de notre malade, nous engagent à revenir sur les causes de l'accident. Il est difficile, en effet, de trouver une affection autour de laquelle on ait réuni des causes prédisposantes et déterminantes aussi variées et parfois même aussi incompatibles, qu'à propos de la pathogénie du thrombus de la vulve et du vagin.

La plupart des auteurs admettent que la grossesse par elle-même détermine, dans tout l'organisme de la femme et, plus particulièrement, au niveau de ses organes pelviens, une série de modifications qui constituent tout autant de conditions favorables à la production de l'hématome sous l'influence des différents phénomènes du travail.

Mais tout en faisant jouer à la grossesse le rôle de cause prédisposante, ils font remarquer que les modifications provoquées par l'état de gestation doivent être poussées jusqu'à de certaines limites, limites qui ne sont pas fatalement atteintes dans tous les cas de grossesse, et que, seulement dans ces conditions, la gravité peut devenir *cause prédisposante.*

Selon Jacquemier (1), le développement de la matrice, à une certaine époque de la gestation, apporte une gêne à la circulation dans la veine cave inférieure, gêne si marquée chez certaines personnes, qu'elle détermine l'œdème et les varices des extrémités inférieures de la vulve et du vagin. D'après cet auteur cependant, la grossesse ne suffit pas pour provoquer la formation du trombus. Il faut en outre le concours d'une cause occasionnelle, d'origine traumatique le plus souvent. Cette opinion touchant l'importance de la gravidité en tant que cause prédisposante s'est répandue trente ans après Jacquemier. Hucher (2) considère également comme circon-

(1) Jacquemier. *Manuel des accouch.*, 1846.

(2) *Wiener med. Wochenschr.*, 1871, n° 32.

stances favorables à la production de l'hématome : l'hypertrophie du système vasculaire pelvien et les dilatations des vaisseaux qui se rupturent par le fait du passage, trop rapide, de la tête fœtale. D'après Spiegelberg (1), l'augmentation de la pression intra-abdominale et la stase qui en résulte dans les vaisseaux pelviens, tels seraient les véritables facteurs pathogéniques.

Tout récemment, Charpentier (2) vient d'accorder aussi une grande importance à l'hypertrophie du globe utérin et aux troubles circulatoires qui en dérivent, comme causes prédisposantes de l'hématome. Girard (3) émet une opinion semblable touchant le rôle que joue la matrice à la fin de la grossesse. Plus l'utérus augmente de volume et plus il provoque la stase sanguine, plus aussi la production du thrombus sous l'influence des causes déterminantes, telles que, *travail lent, séjour prolongé de la tête dans l'excavation*, etc... est certaine.

En dehors de l'influence qu'on accorde à la grossesse sur le développement de l'hématome, par suite des troubles circulatoires et des dilatations veineuses qu'elle occasionne, certains auteurs ont encore essayé de rattacher le développement de la tumeur à des conditions spéciales de structure, à un état anatomique particulier des organes génitaux durant la gestation. Laborie (4), Vernich, Girard et Hugenberger signalent particulièrement le développement considérable du système vasculaire des parties génitales à la fin de la gestation.

Mais d'un autre côté, il y a un certain nombre d'auteurs qui ne résolvent pas la question de la pathogénie du thrombus par les circonstances prédisposantes créées par la grossesse. Ainsi, bien qu'admettant que les effets de la gêne circulatoire dans les organes pelviens, et particulièrement les

---

(1) Spiegelberg. *Lehrb. der Geburtsh.*

(2) Charpentier. *Loc. cit.*

(3) Girard. *Loc. cit.*

(4) Laborie. *Bulletin de l'Acad. de méd.*, séance du 6 nov. 1860.

dilatations des veines portées jusqu'à l'état variqueux, peuvent assurément prédisposer à la rupture des parois vasculaires et à la production des épanchements sanguins, Winckel fait néanmoins remarquer que ces épanchements surviennent même en l'absence totale de varices. Ainsi, sur 50 cas recueillis par lui, six fois seulement on avait noté l'état variqueux. En outre les contributions des autres auteurs confirment sa manière de voir. Sur 15 cas, Scanzoni n'en trouva qu'un qui s'accompagnait de dilatations veineuses ; sur 43 cas rassemblés par Perret, deux fois seulement on avait constaté des varices. Braün et Hugenberger ayant, chacun de leur côté, observé 11 cas d'hématome, n'ont dans aucun noté l'état variqueux; enfin sur 18 cas dans lesquels il existait des varices de la vulve développées à un très haut degré, Hugenberger (1) déclare qu'il n'eut jamais à constater la coïncidence de ruptures vasculaires. Parmi les 85 cas que j'ai relevés dans la littérature médicale, il n'y en avait que 6 dans lesquels on avait noté la présence de varices.

Il existe également des divergences d'opinion touchant l'influence de la *primiparité* considérée comme cause prédisposante du thrombus. Braün (2), Hervieux (3), Spiegelberg (4), semblent disposés à admettre que l'accident s'observe plus fréquemment chez les primipares et qu'en somme, les premiers accouchements en sont des conditions prédisposantes. Certains, à l'exemple de Hervieux, expliquent le fait par l'étroitesse et la rigidité des parties génitales. D'autres, avec Spiegelberg, trouvent dans l'union intime, chez les primipares, des vaisseaux et des tissus environnants une condition favorable à la rupture des parois vasculaires sous l'influence de leur distension brusque et du décollement de la muqueuse pendant le travail.

(1) *Loc. cit.*, p. 266.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*
(4) *Loc. cit.*

ATOg.)

Multipares.	Accouchement simple	de septicémie.	d'hémorrhagie	de rupture de l'utérus.	Accouchements multiples.	Pendant la grossesse double.	Varices.	Accouchement rapide.	" de longue durée.	Hydramnios.
1	1									
1	2		1							
1	1						1			
1	1									
	1									
1	1									
	1								1	
					1					
41	74	10	7	2	11	1	6	7	12	1

Jacquemier et Winckel ne sont pas d'avis que les *primipares* soient les plus sujettes à ce genre de complications. Sur 50 cas réunis par Winckel, il y a 12 primipares et 18 multipares (20 fois cette distinction n'a pas été indiquée). Sur les 85 que j'ai rassemblés, 23, soit 27 p. 100, appartenaient à des primipares et 40, soit 48 p. 100, à des multipares ; 21 fois, soit 25 p. 100, la distinction n'a pas été faite.

Si nous considérons maintenant la relation qui existe d'une façon normale entre le nombre des primipares et des multipares, d'après les statistiques fournies par les maisons d'accouchement, nous arrivons au rapport suivant : 1/1.7 (1). Or, on obtient à peu près le même rapport, 1/1,8, pour les primipares et les multipares considérées au point de vue de la fréquence de l'hématome. Cette complication s'observe donc, relativement, aussi souvent chez les unes que chez les autres.

On arrive ainsi à cette conclusion générale : *si la grossesse peut, par elle-même, donner naissance à un grand nombre de circonstances qui semblent propres à favoriser les déchirures vasculaires et la production de l'hématome, il n'en est pas moins vrai qu'en réalité cette influence ne peut être démontrée par l'analyse des données statistiques basées même sur les cas dans lesquels les conditions fâcheuses se trouvaient être complètement réalisées.* (Varices, étroitesse des voies génitales chez les primipares.)

On s'explique, par tout ce qui précède, la tendance qu'ont eue les auteurs à chercher les causes du thrombus dans des circonstances spéciales à l'évolution du travail. Ils ont ainsi invoqué la longue durée de l'accouchement, le séjour prolongé de la tête dans l'excavation, comme causes principales de l'hématome. Au contraire, Hervieux, Cazeaux, Girard, Braun,

(1) *Comptes médicin. de la maison d'accouchement de Saint-Pétersbourg*, 1873-76 (voir p. 8), I, 2.

Id. 1877-1880 (p. 23), I, 2, 4.

Hecker. *Beobacht. u. Untersuch. v.*, 1859-1879, I, 1, 4.

Camillo Furst. *Klinische Mittheilungen*, Wien., 1883, I : 1, 3.

Hecker, Spiegelberg, Hildebrant (1), mettent en cause la grande rapidité du travail et la distension brusque des parties. Mais, après avoir soigneusement examiné un grand nombre de faits, on peut dire que dans la plupart d'entre eux l'accouchement avait été normal et que les femmes, atteintes d'hématome, étaient jeunes et bien portantes. 11 fois seulement l'épanchement sanguin a coïncidé avec des interventions obstétricales, dont 7 fois des applications de forceps. Dans 4 cas, il y avait rétrécissement du bassin; dans 2, présentation de la face; dans 2 autres, présentation transversale.

Nous trouvons 12 cas d'accouchement prolongé (14,11 p. 100), 6 d'accouchement précipité (8,24 p. 100).

Nous voyons ainsi que les circonstances fâcheuses qui compliquent l'accouchement, qu'elles se rapportent à la mère ou au fœtus, ne représentent pas des causes essentielles de la production du thrombus. Le fait résulte aussi des statistiques de Winckel. Sur 50 cas, en effet, il n'y eut que 7 fois interventions artificielles, dont 4 avec le forceps, et 2 fois rétrécissement du bassin.

L'observation que j'ai relatée attire particulièrement l'attention par un ensemble de symptômes qui fournissent une indication touchant les modifications vasculaires que j'ai indiquées plus haut. Ainsi, nous voyons que notre malade a eu, pendant la période des suites de couches, des épistaxis répétées, qu'elle en a eu également vers le milieu de la grossesse, et que, même au début de celle-ci, elle a perdu du sang par les voies génitales.

Seules, les altérations vasculaires peuvent expliquer l'apparition de l'hématome au cours d'un accouchement normal, ou sa production à l'occasion d'efforts, de toux, d'excitations morales (2), etc. Les affections pulmonaires (3), hépatiques (4),

(1) *Die Krankheiten der äussern weiblich. Genitalien.*

(2) *Traité théoriq. et prat. de l'art des accouchements*, 1874. Cazeaux et Girard. *Loc. cit.*

(3) Girard. *Loc. cit.*, p. 21.

(4) Mme Bernard. *Union méd.*, 1850. — Winckel. *Pathol. u. Therap.*

cardiaques (1), en troublant la nutrition des parois vasculaires, doivent agir par un mécanisme semblable. Nous trouvons dans Hecker l'observation d'un cas d'état pathologique héréditaire des vaisseaux, par suite duquel deux sœurs furent toutes les deux atteintes de la même tumeur sanguine. Des observations nouvelles et des recherches anatomo-pathologiques montreront dans l'avenir si la théorie *des altérations vasculaires sous la dépendance de la grossesse* repose sur des bases solides.

Je me permettrai, comme conclusion de ce travail, d'ajouter quelques mots touchant le pronostic de l'affection. Le contraste qui existe entre les données anciennes et récentes est assez saisissant. Deneux a eu 22 décès sur 60 cas, soit 36 p. 100. Winckel, sur 60 cas qu'il a rassemblés, n'a relevé que 6 terminaisons malheureuses, soit 12 p. 100.

Le chiffre de la mortalité, pour les 85 cas que j'ai recueillis, s'élève à 20 p. 100 ; 10 malades sont mortes de septicémie (soit 11,76 p. 100), et 7 à 8 d'hémorrhagie, soit 24 p. 100 (voir le tableau). Si nous ne considérons maintenant que les cas de thrombus qui ont été signalés durant ces dix dernières années, c'est-à-dire depuis l'époque où l'on a franchement adopté le principe d'une antisepsie rigoureuse, et si nous nous hasardons à tirer de ces faits quelques conclusions, voyons ce que l'on doit penser de l'espoir exprimé par Hecker. Cet auteur pense, en effet, qu'en raison de la nature même de l'hématome, qui permet l'emploi des moyens antiseptiques, le chiffre de la mortalité indiqué par Winckel peut encore être abaissé. Mais cet espoir ne peut être basé que sur la diminution de plus en plus grande du nombre des décès par septicémie. Or, dans les 23 observations récentes d'hématome, une seule fois, ou 4,3 p. 100, la mort est survenue par septicémie (maison d'accouchements de Saint-Pétersbourg, 1877-1880). Le chiffre de la mortalité, quant à l'hémorrhagie (13 p. 100 ; 3 malades sont mortes voir Boronoff, Rossoff, Hecker), reste donc encore considérable.

(1) Hecker. *Beobacht. u. Untersuch.* Meunchen, 1881, p. 166.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

CONGRÈS DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS

57e SESSION TENUE A MAGDEBOURG, SECTION DE GYNÉCOLOGIE (1)

Hennig : **De l'Hydrocèle chez la femme.** — L'hydrocèle est rare chez la femme. Hennig n'en a trouvé que 39 observations dans la littérature médicale. Il en a vu deux cas. Cette affection est non seulement intéressante pour le gynécologiste, mais encore pour l'accoucheur, car elle peut être une cause de dystocie. On l'a observée à tout âge, depuis 7 jusqu'à 71 ans. Plutôt chez les femmes ayant eu des enfants, que chez les nullipares. Il n'existe ordinairement aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée. Au début, la tumeur est minime et disparaît dans le décubitus dorsal. La fièvre ne se produit guère que lorsque l'hydrocèle s'enflamme.

Le diagnostic se pose surtout entre l'hydrocèle et une hernie. Les deux peuvent se rencontrer simultanément.

Le traitement consiste, le plus souvent, à réduire la tumeur et à la maintenir réduite au moyen d'un bandage, jusqu'à ce que le canal soit oblitéré par des adhérences. Dans deux cas, la guérison a été obtenue par une simple ponction; d'autres fois, par une injection iodée, ou par l'incision du sac bourré de charpie. Hennig a eu un résultat favorable au moyen d'un fil de fer traversant la tumeur. Le fil fut laissé en place jusqu'à ce que les parois de la poche adhérassent entre elles. La communication de Hennig se termine par la description des deux cas observés par lui.

Kroner : **Sur l'étiologie de l'ophthalmie blennorrhagique des nouveau-nés.**— Kroner a recherché, dans 92 cas d'ophthalmie blennorrhagique, le gonococcus de Neisser. Le résultat fut positif pour 63 cas; dans 29 autres, il fut impossible de constater la présence du gonococcus. On a également examiné la sécrétion vaginale des femmes dont les enfants avaient une ophthalmie blennorrhagique, avec ou sans gono-

(1) Extrait du compte rendu publié dans le *Centralbl. f. Gyn.*, octobre 1884, nos 41, 42, et 43.

coccus. Dans tous les cas où le parasite décrit par Neisser existait chez l'enfant, il existait aussi chez la mère. Dans d'autres, il n'y avait pas de parasites dans la sécrétion conjonctivale, et on observait, chez la mère, des bâtonnets, des diplococcus, mais pas de gonococcus.

Pour ce second groupe, l'affection paraissait beaucoup moins intense et moins grave.

L'auteur admet donc deux formes d'ophthalmie blennorrhagique des nouveau-nés : l'une, plus fréquente et plus grave, due à la présence des gonococcus; l'autre, bénigne, sans gonococcus dans la sécrétion.

Von Tischendorf a vu des petites filles affectées de blennorrhée vaginale, après la scarlatine, chez lesquelles on observait des gonococcus dans les liquides sécrétés par les organes génitaux.

Krukenberg : **Présentation d'un bassin spondylolisthésique non encore décrit.**

Schwartz : **Sur quelques défauts du cranioclaste de Braun; présentation d'un nouveau modèle.**

Schatz : **Considérations sur les contractions utérines.** — Schatz expose le résultat de ses recherches poursuivies depuis 13 ans, sur les contractions utérines pendant le travail. La pression intra-utérine, pendant la contraction, ne dépasse jamais 100 mm. de mercure : en prenant pour zéro la période de repos. La plupart du temps même, la pression n'atteint que 30 ou 60 mm. Il est faux que les contractions soient d'autant plus fortes que la résistance augmente. Elles sont seulement plus longues et se répètent plus souvent, lorsque la résistance est plus considérable. Quand elles se succèdent régulièrement, à une minute au moins d'intervalle, l'utérus peut suffire longtemps à ce travail. Dans le cas contraire, il s'épuise vite.

Schatz recherche ensuite quels sont les moyens d'agir sur les contractions utérines.

D'après lui, on doit donner la préférence à l'ergot de seigle, qu'on a incriminé, faute d'un dosage exact ou de bonnes préparations. L'ergot, donné comme il faut, ne tétanise pas l'utérus, comme on l'a dit, mais précipite les contractions. L'auteur emploie un extrait fluide, dont il donne douze gouttes, lorsqu'il veut obtenir sept contractions par quart d'heure. Si une seconde dose était nécessaire, il faudrait attendre une demi-heure ou une heure avant de l'administrer. Mais, le plus souvent, une seule suffit.

SÄNGER : **Des affections blennorrhagiques des annexes de l'utérus, et de leur traitement chirurgical.** — D'après Sänger, on ne connaît pas suffisamment les accidents lointains dus à une blennorrhagie latente. Ces accidents peuvent se manisfester jusque sur les ovaires, les trompes, le tissu cellulaire qui entoure l'utérus, et même sur le péritoine.

On a vu des prostatites contagieuses persister dix ans après la contagion première. D'où le conseil pratique de ne jamais contracter mariage, tant qu'il reste quelque trace d'une blénnorrhagie ancienne.

Pour diagnostiquer l'origine spécifique d'un écoulement ou d'un catarrhe des organes génitaux, la présence du gonococcus de Neisser serait d'une grande utilité. Mais il faudrait souvent, alors, exciser des parcelles des tissus atteints, pour affirmer ce diagnostic. Les caractères cliniques et les renseignements fournis par les malades sont la plupart du temps suffisants. Comme traitement local de la blennorrhagie, Sänger s'est bien trouvé de l'emploi des solutions de sublimé à 1/1000, de l'iode, du nitrate d'argent. Lorsque les annexes de l'utérus sont atteints, on peut être amené à intervenir chirurgicalement, et à enlever les trompes ou les ovaires; parfois les ovaires avec une portion de la trompe (salpingo-oophorectomie).

En terminant, l'auteur rend compte de quatre opérations qu'il a pratiquées dans ces conditions. Il a eu deux succès, un cas douteux et un insuccès.

FRANCKEL insiste sur les difficultés qu'il y a souvent à distinguer (chez la femme) le catarrhe dû à une blennorrhagie ancienne, ou catarrhe simple. La présence de gonococcus de Neisser n'est pas un argument suffisant. Fränckel en a observé dans la sécrétion vaginale et vulvaire de petites filles, chez lesquelles il était impossible de remonter à une origine blennorrhagique.

OLSHAUSEN : **Sur certaines variétés de tumeurs ovariennes.** — Rappelant les môles en grappe de raisin, Olshausen s'occupe ensuite des néoplasies qui se forment dans la cavité péritonéale, dans les cas de tumeurs des ovaires, ou à la suite de l'extirpation d'une tumeur ovarique. Il les considère, contrairement à l'opinion de Warth, comme de véritables tumeurs métastatiques.

SCHATZ cite un cas où il y avait déjà quelques productions secondaires sur le péritoine et l'épiploon, et cependant la malade a guéri

et est encore bien portante (1). On avait diagnostiqué un carcinome. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un *psammome*.

OLSHAUSEN : **Du traitement du pédicule après les opérations de tumeurs abdominales.** — Olshausen rapporte plusieurs cas où il a eu l'occasion de faire l'autopsie des sujets, un temps plus ou moins long après l'opération. Tantôt il y a atrophie des parties liées ; d'autres fois, si le pédicule est épais, il continue à se nourrir au moyen des capillaires.

Olshausen rappelle, qu'aujourd'hui on a presque abandonné le traitement extrapéritonéal du pédicule, pour les ovariotomies. Quelques chirurgiens préconisent encore cette méthode, dans les cas de myomotomie. L'auteur décrit, en détail, comment on se met le mieux à l'abri des hémorrhagies et des dangers de septicémie. Lorsqu'on est exposé à ouvrir l'utérus, il conseille de faire préalablement dans la cavité utérine une injection iodoformée.

FEHLING : **Sur le passage des médicaments dans le lait chez les nourrices.** — Fehling a fait ces recherches au point de vue médico-légal, pour s'assurer si on peut amener la mort de l'enfant en administrant certains produits toxiques à la nourrice. Il a essayé le salicylate de soude, l'iodoforme, le sublimé. Toutes ces substances se retrouvaient en plus ou moins grande quantité dans l'urine du nourrisson. L'atropine, administrée à la mère, à dose maximum, dilatait la pupille de l'enfant; l'opium et la morphine amenaient le sommeil, mais sans jamais avoir entraîné d'inconvénient, ni aucun résultat nuisible. D'où l'auteur conclue que les substances médicamenteuses, administrées à une nourrice, ne peuvent pas produire d'accident fâcheux pour le nourrisson. A peine pourrait-on admettre l'action nocive à la longue, par accumulation de la substance.

KRUKENBERG, en faisant des expériences sur le passage de l'iodure de potassium dans le lait, a observé que l'élimination est beaucoup plus lente chez les primipares que chez les multipares.

Il faut donc être plus circonspect, lorsqu'on administre à ces dernières des médicaments très actifs.

MARTIN : **Sur la myomotomie.** — Martin a obtenu, dans beaucoup

(1) Le compte rendu ne dit pas combien de temps la malade a été gardée en observation. C'est le point important relativement à la non-récidive signalée par l'auteur.

de cas de fibromyômes utérins de bons résultats, par l'emploi de l'ergotine. Chez cinq malades seulement, il a eu recours à la castration, avec succès. Néanmoins, il ne conseille ce mode de traitement que tout à fait exceptionnellement. Il donne ensuite la statistique des myomotomies pratiquées par lui, et des différents procédés qu'il a employés. Les dangers les plus menaçants, à la suite de ces opérations proviennent moins des hémorrhagies que de la septicémie. Celle-ci se déclare, non seulement immédiatement après l'opération, mais même pendant la convalescence. Le drainage du cul-de-sac de Douglas par le vagin rend de très grands services à ce point de vue.

WYDER combat l'opinion généralement reçue que la muqueuse revêtant le myôme s'atrophie. Il a constaté, au contraire, dans ces conditions, un épaisissement de la muqueuse et un développement exagéré des glandes.

WINCKEL croit qu'il importe, lorsqu'on emploie l'ergotine, de bien préciser les doses et le mode d'administration. Par la méthode endermique, il fait deux ou trois fois par semaine une injection de 0,08 d'ergotine. A l'intérieur, il fait prendre deux ou trois fois par jour 0,05 centigr. du médicament. Il cite à l'appui de ce procédé plusieurs observations de guérisons ou d'améliorations notables. Sans être un ennemi de la myomotomie, qu'il pratique à l'occasion, il croit que chez bon nombre de malades, avec de la persévérance, on arrive à guérir des cas qui, aux yeux de certains gynécologistes, auraient réclamé une intervention chirurgicale.

FEHLING redoute dans certaines circonstances le traitement par l'ergotine, à la suite duquel il a vu deux fois se produire la gangrène de la tumeur. Ce médicament agit surtout bien dans les myômes à développement rapide, qui augmentent de volume sous l'influence de la menstruation.

HOFMEIER fait observer que le siège du myôme a une grande importance au point de vue du pronostic de l'opération, qui est d'autant plus favorable qu'on n'est pas forcé d'ouvrir la cavité utérine. Sur 20 opérées dans ces conditions, pas une seule n'a succombé ; tandis qu'il en a perdu 8 sur 35, quand la cavité utérine avait été ouverte. Les tumeurs sous-séreuses développées dans le tissu conjonctif du petit bassin sont d'un très mauvais pronostic au point de vue opératoire. Sur 21 cas de ce genre, 12 ont été suivis de mort. Il considère aussi la septicémie secondaire comme constituant le principal danger des opérations de myomotomie. Pour y parer, il conseille d'avoir

recours à un traitement local antiseptique énergique et d'exciser profondément la muqueuse cervicale, qu'il considère comme le point de départ des accidents.

Löwenthal (de Genève) a employé avec succès, dans deux cas, pour des myômes intrapariétaux, le vieux procédé d'inciser la paroi antérieure.

Martin n'est pas partisan de ce procédé qui expose beaucoup à la putréfaction du néoplasme et à la septicémie.

Prochownick : **Du massage en gynécologie.** — Prochownick a employé le massage local chez 102 malades présentant des exsudats, des néomembranes, des déviations, des hématocèles anciennes ou des métrites par subinvolution. Il indique les diverses manipulations auxquelles il a recours : massage interne, externe, actif ou passif. Le massage externe, ou des parois abdominales, régularise la circulation et fait souvent disparaître les inconvénients si grands de la constipation. Prochownick précise les indications et contre-indications du massage.

Parmi ces dernières, il cite la blennorrhagie latente, et rapporte deux cas de ce genre, où les malades présentèrent, à la suite de ces manœuvres, des arthrites douloureuses, qu'il considéra comme des arthrites blennorrhagiques. Dans un grand nombre de cas, dont il donne la statistique, le massage a donné d'excellents résultats.

Bunge et Baumgartner, confirment par leur expérience personnelle les bons effets produits par le massage local.

Küstner croit prudent, lorsqu'on emploie le massage, de surveiller attentivement la température des malades, et de cesser toute manœuvre, pour peu que la température s'élève.

Küstner : **Sur l'anatomie et la signification du placenta marginata.** — Cette anomalie paraît assez fréquente, car Küstner l'a observée 20 fois sur 200 placentas examinés par lui. Après avoir rappelé les différentes opinions émises par les auteurs, il donne son interprétation au sujet de cette disposition anatomique, qu'il considère comme une hyperplasie inflammatoire, dans laquelle les parties maternelles seules jouent un rôle actif.

Franckel : **De la fièvre traumatique aseptique consécutive à l'ovariotomie.** — Fränckel rappelle l'opinion exprimée par Egard et Kaltenbach, dans leur traité de chirurgie gynécologique, que l'apyrexie complète est très rare, après les ovariotomies, même quand on réa-

lise l'antisepsie la plus rigoureuse. Il résulte de ses observations, que ce fait est très exact. Mais il s'éloigne des idées exprimées par les auteurs précités, quand ils considèrent les températures de 39,5, 40 degrés, survenant dans les premiers jours qui suivent une ovariotomie, comme étant toujours d'origine septique. Fränckel relate l'histoire de deux de ses opérées, chez lesquelles on avait noté 39,9, 40,3, 40,7 les quatrième et cinquième jours, avec un état général excellent, un pouls relativement lent, ainsi que les mouvements respiratoires. Il n'y avait, non plus, aucun foyer inflammatoire.

Fränckel désigne ces accidents fébriles sous le nom de *fièvre traumatique aseptique*. Il les considère comme dus à la résorption de certains principes physiologiques, et les rapproche des élévations de température qui suivent la transfusion.

A ce sujet, l'auteur conseille de n'employer les pansements fortement compressifs que dans les cas de tumeurs très volumineuses, quand la pression intra-abdominale a été tout à coup modifiée.

Dans les cas ordinaires, on se trouve beaucoup mieux d'une compression moyenne.

Veit ne croit pas que, dans les cas cités par Fränckel, il s'agisse de fièvre aseptique. Il pense, qu'en pareille circonstance, l'élévation de température est due à une septicémie légère.

Küstner rappelle que la rétention des matières fécales peut suffire pour provoquer une augmentation de température, ainsi qu'il l'a démontré dans un travail publié en 1882.

Fürst présente **un appareil destiné à faciliter le pansement à la suite de la laparotomie.**

Bompke-Stolp présente un calcul vaginal de la grosseur d'un œu d'oie, qui n'avait pu être extrait qu'avec l'aide d'un forceps. Ce calcul avait pour origine un pessaire en bois appliqué depuis dix ans, et qui n'avait jamais été retiré.

Schatz : **Sur le diagnostic des enroulements du cordon ombilical, pendant la grossesse et les premières phases de l'accouchement.** — Dans des cas de ce genre, Schatz a observé, en auscultant l'utérus, qu'après un certain nombre de pulsations normales, celles-ci devenaient tout à coup moitié moindres, pour reprendre ensuite leur rythme ordinaire.

Baumgartner : **Sur la toilette du péritoine.** — Baumgärtner attribue

la fièvre qui suit l'ovariotomie à la résorption des liquides laissés dans **la cavité péritonéale. Il attache donc une grande importance à la toilette du péritoine. Au lieu de se servir d'éponges pour cet usage, l'auteur emploie un tube de verre dans lequel il fait passer de l'eau tiède salicylée à 1 p. 100.**

BATTLEHNER : **Sur les moyens à employer pour entraver le développement et la propagation de la fièvre puerpérale.** — Battlehner s'inspirant des excellents résultats constatés depuis plusieurs années dans la plupart des cliniques, grâce à la méthode antiseptique, expose les moyens qui lui paraissent les plus utiles pour obtenir de cette méthode tout ce qu'elle peut donner. Il attache une grande importance à la surveillance la plus rigoureuse, à l'amélioration de l'enseignement donné aux sages-femmes, et au choix des sujets qui se destinent à cette carrière.

Dr DE SINÉTY.

REVUE DES JOURNAUX

L'érysipèle puerpéral est-il transmissible de la mère au fœtus ? (Ist Erysipel intra-utérin übertragbar ?) par le professeur KALTENBACH. — L'hypothèse de la transmissibilité de l'érysipèle puerpéral, de la mère au fœtus, a été suggérée à Kaltenbach par le fait suivant :

Une femme enceinte, arrivée vers la fin de la grossesse, entre dans son service. Elle a été soignée, tout récemment, à l'hôpital de Fribourg pour un érysipèle dont elle porte sur les membres inférieurs des cicatrices encore fraîches. Pendant quelques jours, elle jouit d'une santé relativement bonne. Puis, elle a un second érysipèle, qui a pour point de départ une phlyctène purulente développée au niveau du talon droit. L'affection érysipélateuse évolue rapidement, sans interrompre ni même troubler la marche de la grossesse. Pas de phénomènes fébriles très marqués, la température oscille autour de 38°. Accouchement normal et à terme. Rien de notable à signaler durant la période des suites de couches.

Mais, fait très intéressant, l'enfant, beau garçon, né bien vivace et vigoureux, pesant 1.350 grammes; présentait, à la naissance, une desquamation qui siégeait alors : à la tête, à la nuque, au dos, et qui

plus tard s'étendit un peu plus bas. Elle offrait la plus grande analogie avec celle qui se fait à la suite d'une scarlatine, ou avec celle qui accompagne l'érysipèle. S'agissait-il, en réalité, d'un cas de transmission de la mère au fœtus? Telle a été l'opinion de plusieurs médecins. Mais il a été impossible de fournir la démonstration rigoureuse du fait. Vainement, en effet, le professeur Bostrom a-t-il recherché les coccus de l'infection érysipélateuse dans les *lambeaux épidermiques* et dans le *placenta*. Les tentatives de culture sont également restées absolument négatives.

Il était d'ailleurs, dit Kaltenbach, facile de prévoir qu'on ne rencontrerait pas les éléments infectieux dans les deux seuls produits accessibles à l'investigation, en raison de la date déjà ancienne de la maladie présumée.

Mais deux circonstances plaidaient en faveur de l'hypothèse d'un érysipèle du fœtus : 1° la forme et le mode d'extension de la desquamation; 2° il paraissait exister une relation de temps, très manifeste, entre l'affection cutanée de l'enfant et la maladie maternelle. La desquamation, en effet, se faisait au moment précis où elle aurait dû se produire si l'enfant eût été contagionné quand sa mère était malade.

Il faut dire toutefois qu'on n'arriva jamais à constater ni une fréquence anormale des battements du cœur, ni un changement quelconque dans les mouvements actifs du fœtus.

Certes, il serait plus facile d'affirmer l'hypothèse de l'érysipèle intra-utérin si les coccus de l'érysipèle siégeaient dans le sang et non dans la lymphe. (Recherches de Fehleisen et de Koch.) Fehleisen dit :

« Les lymphatiques de la peau, ceux du tissu sous-cutané, et plus spécialement ceux des couches superficielles du derme sont remplis de micrococcus en chaînette. Dans les points où les organismes se sont considérablement multipliés, on les rencontre aussi dans les espaces lymphatiques et les canalicules nourriciers de la peau. Mais jamais ils ne pénètrent dans les vaisseaux sanguins, comme je puis l'affirmer contrairement aux opinions émises par Lukomsky, Billroth, Ehrlich et Tillmanns. »

Cependant, dit Kaltenbach, il ne faudrait pas considérer, comme infranchissable, la barrière qui existe entre les vaisseaux lymphatiques et sanguins. Les éléments lymphoïdes peuvent devenir eux-mêmes les véhicules des germes infectieux, et il est très probable qu'arrivés dans le sang, ces derniers y trouvent, tout au moins d'une façon tran-

sitoire, des moyens d'existence. Et justement, dans notre cas, il y avait des circonstances propres à favoriser cette infection du sang : 1° *la répétition, à bref délai, de la maladie de la mère, qui a pu présider à une invasion très rapide et très étendue des voies lymphatiques par les agents infectieux*; 2° *l'existence de la grossesse.*

En outre, chez les femmes gravides, les vaisseaux sanguins et lymphatiques, plus particulièrement ceux des membres inférieurs et du bassin, sont très dilatés, et par conséquent, le tissu cellulaire des régions correspondantes est très infiltré et ramolli. Enfin, le sang de ces femmes est beaucoup plus riche en globules blancs. Ce sont là autant de circonstances favorables à la pénétration et à l'existence dans le sang des germes infectieux.

S'il n'existe jusqu'à présent, ajoute l'auteur, aucun fait avéré de transmission de l'érysipèle au fœtus, c'est sans doute que l'affection érysipélateuse est très rare chez la femme enceinte. Puis, l'avortement se produit, souvent, avant que l'infection de l'enfant ait eu le temps de se produire. S'il ne résulte pas de la maladie maternelle une interruption de la grossesse, le fœtus peut naître *à terme*, sans présenter un signe quelconque de la maladie. Et cela, par le seul fait de la date éloignée des accidents. Enfin, les conditions propres à favoriser l'infection de l'enfant peuvent faire défaut.

Je publie, dit Kaltenbach, ce cas sous toute réserve; le fait de la transmissibilité de l'érysipèle de la mère au fœtus me paraît vraisemblable, mais n'est pas démontré. J'ai voulu surtout attirer l'attention des médecins sur les cas très rares d'érysipèle qui surviennent chez les femmes enceintes. Les recherches que l'on peut faire sur la transmissibilité intra-utérine au fœtus de certaines maladies de la mère présentent, d'ailleurs, un double intérêt, lorsqu'il s'agit de maladies considérées comme sûrement infectieuses. (*Centralblatt für Gynækologie*, novembre 1884.)

Traitement de l'hématocèle rétro-utérine (Zur Behandlung der Blutergüsse hinter der Gebärmutter), par Zweifel. — L'auteur fait d'abord l'examen critique des différents procédés chirurgicaux auxquels on a eu recours pour le traitement de l'hématocèle rétro-utérine : *Incision* par le vagin (Nélaton, Braun...); *ponction* (Bandl, Billroth...); *laparotomie* (Martin...). Puis, après avoir cité les résultats obtenus par Martin, il fait connaître ceux de sa pratique perso

nelle. Sur quatre femmes qu'il a opérées, trois ont guéri. Voici la technique du procédé qu'il recommande, mais auquel on ne doit recourir que si *la tumeur est parfaitement enkystée :*

1° Inciser d'abord la paroi vaginale et rien que la paroi vaginale. Arrêter le léger écoulement sanguin auquel cette première opération donne lieu. Écarter alors la paroi postérieure du vagin de la collection sanguine, saisir les lèvres de la plaie avec des pinces de Museux, et dissocier le tissu cellulaire intermédiaire avec les doigts. — 2° A l'aide d'un bistouri à fistule, conduit sur le doigt, faire dans la paroi de l'hématocèle une première incision, introduire le doigt dans cette ouverture et pratiquer, de chaque côté, une incision nouvelle, dans l'étendue de deux travers de doigt.

Quant au traitement consécutif, il est de la plus haute importance. Il consiste essentiellement dans le lavage de la cavité de la tumeur avec des solutions antiseptiques, les premiers jours toutes les deux heures, plus tard à des intervalles plus éloignés. Ce procédé est, d'après Zweifel, celui qui a donné les meilleurs résultats. (*Arch. für Gynæk.*, B. XXII, Heft 2.)

Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hématome péri-utérin extra-péritonéal (Beitrag sur Lehre von der operativen Behandlung des Hæmatoma periuterinum extra-peritoneale), par J. Duvelius. — Duvelius classe les hématomes en deux catégories : 1° ceux vis-à-vis desquels il convient de se tenir dans l'expectation, en se bornant à la thérapeutique des symptômes ; 2° ceux dans lesquels il est nécessaire d'intervenir chirurgicalement. Ce sont ces derniers, qu'il envisage plus spécialement. Quand on peut porter avec une certaine certitude le diagnostic d'hématome, d'abcès, etc. péri-utérins, si la marche des accidents, la gravité des symptômes, l'existence de poussées fébriles trahissent un travail de suppuration et de résorption, qui mettent en jeu l'existence de la malade, il faut intervenir sans hésitation *par la laparotomie combinée au drainage par le vagin.*

L'auteur ajoute aux quatre opérations de ce genre pratiquées par A. Martin et qui ont été déjà publiées, quatre cas nouveaux de la pratique de ce chirurgien, et qui ont tous été suivis de succès. Les défauts essentiels, qu'il attribue à la laparotomie, c'est qu'*il est impossible, par ce procédé, d'obtenir une évacuation complète des*

caillots sanguins et de procéder à un curage radical des parois de la tumeur, conditions cependant indispensables, si l'on ne veut pas voir des accidents irréparables naître de la transformation septique des caillots abandonnés dans la cavité. Ce sont, ajoute-t-il, des phénomènes de cet ordre qui ont déjà mis Nélaton et, après lui, d'autres chirurgiens dans un cruel embarras, et conduit un grand nombre d'opérées au tombeau. Le but doit donc être d'enlever tout produit susceptible de subir un processus de décomposition, afin d'arriver à obtenir des suites opératoires absolument apyretiques. (*Archiv. für Gynækologie*, B. XXIII. Heft I.)

Sur lé traitement des épanchements sanguins derrière la matrice (Zur Behandlung der Blutergusse hinter der Gebärmutter), par Zweifel. — Zweifel reprend la question du traitement de l'hématocèle rétro-utérine. D'ailleurs, immédiatement après sa première publication sur le sujet, il a eu un nouveau cas d'hématome à opérer. Cette fois encore, il a suivi exactement le procédé qu'il a déjà décrit. Or, neuf jours après l'opération, sa malade, qui avait cependant éprouvé vers le cinquième jour quelques accidents accompagnés de l'élévation de la température, était en pleine convalescence et pouvait quitter la clinique quelques jours après. L'auteur tire quelques conclusions de cette observation : *a*, touchant l'influence heureuse exercée par l'injection dans la cavité de la tumeur, devenue le siège de phénomènes inflammatoires, d'une quantité assez considérable d'iodoforme ; *b*, touchant l'élytrotomie et la laparotomie.

Le contact de l'iodoforme avec les parois kystiques a, en quelques heures, amené la disparition de la fétidité de l'écoulement, la transformation, pour ainsi dire, aseptique des caillots et la cessation rapide des accidents fébriles. Aussi « *Je me vois forcé*, dit Zweifel, *de faire de nouveau, mais d'une façon beaucoup plus catégorique, l'éloge de l'iodoforme* ». Quant aux griefs formulés par Duvelius contre l'élytrotomie, savoir : 1° *impossibilité de procéder à un curage radical des parois de la tumeur ;* 2° *impossibilité d'évacuer complètement les caillots sanguins*, il reconnaît en partie la justesse du premier, mais il ne saurait concéder le second.

En outre, il ne considère pas le *curage radical* comme absolument nécessaire. « Même, dit-il, *lorsque la tumeur est essentiellement composée de caillots sanguins, il est possible, à condition toutefois qu'elle*

ne soit pas démesurément volumineuse, de la nettoyer suffisamment par le vagin, à travers une incision de deux travers de doigt faite dans sa paroi, ainsi que le démontrent les faits de cette nature qui ont déjà été publiés. » Au sujet du lavage, et pour lui assurer une efficacité plus considérable, voici comment il s'exprime : « Dans le traitement de cas semblables, je conseillerai d'entourer la région de la canule voisine de l'extrémité qu'on introduit dans le sac, d'une éponge, de façon *à s'opposer au retour immédiat du liquide injecté, à assurer une réplétion suffisante de la cavité kystique, et par là, à obtenir un contact plus intime et plus efficace entre les solutions antiseptiques et les parois de la tumeur.* »

Quant à la *laparotomie*, elle a aussi ses inconvénients. Arrive-t-on, d'ailleurs, par le curage énergique des parois du sac et par l'évacuation complète des caillots sanguins, à prévenir sûrement toute manifestation fébrile ? Il suffit de lire les observations publiées par Duvelius et Martin eux-mêmes pour s'assurer du contraire. En outre, la *laparotomie* possède cet immense avantage d'amener *fatalement* l'ouverture de la paroi abdominale et, dans la plupart des cas, l'épanchement du contenu de l'hématome dans cette cavité. Que, par malheur, et l'éventualité est possible, il s'agisse une seule fois de produits déjà décomposés, et l'épanchement peut entraîner des malheurs irréparables. Il existe forcément une voie de communication entre les deux cavités, celle de l'hématome et celle de la séreuse, offrant un chemin de dérivation aux liquides du lavage ou à ceux qui peuvent provenir d'une sécrétion accidentelle et pathologique des parois. On a bien essayé d'oblitérer cette voie de communication, mais presque toujours la grande fragilité des parois du kyste a rendu impossible cette occlusion. La *laparotomie* entraîne donc des dangers considérables qu'on ne rencontre plus dans l'élytrotomie. En outre, cette dernière a pour elle son extrême simplicité, sans compter que, par un lavage minutieux de la cavité de la tumeur, par un contact plus prolongé des parois kystiques et des solutions antiseptiques, enfin par l'emploi précoce de l'iodoforme, elle peut, aussi, fournir des résultats plus favorables. (*Archiv. für Gynækol.*, B. XXIII.)

Dr R. Labusquière.

Le gérant : A. Leblond.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXII

Juillet à Décembre 1884.

